

แบบสำรวจความต้องการการครุภัณฑ์สำนักงาน / ғанบ้าน / ไฟฟ้า ( ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ) หน่วยงาน งานห้องปฏิบัติการ LAB

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เก้าอี้สำนักงานมีพนักพิง	๕	ตัว	๓,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๓	-	๕	- สำหรับนั่งทำงาน		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๒	เครื่องพิมพ์/ถ่ายเอกสาร	๑	เครื่อง	๐	๐	๐	-	๑	- สำเนาเอกสารทางคดีความ		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๓	กระดาษ A๕	๒๕๐	รีม	๐	๐	-	-	๒๕๐	- พิมพ์ผลให้ตักผู้ป่วย		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๔	อ่างน้ำสำหรับแป็บัสสาวะ	๒ ชุด				๒	๒	-	- ของเดิมชำรุด/ร้าว		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑		ซ่อมแล้ว
๕	โทรศัพท์ไร้สาย	๑ เครื่อง				๑	๑	-	- ของเดิมเครื่องดังบ่อย		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑		หมายเหตุ
๖	ตู้เก็บเอกสาร	๑ ตัว				-	-	๑	- เก็บเอกสารให้เป็นระเบียบ		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑		หมายเหตุ
๗	กล่องมีล้อเลื่อน	๔	ใบ	๓๐๐	๑,๒๐๐	-	-	๔	- ใส่อุปกรณ์สำหรับเจาะเลือดออกสถานที่ และอุปกรณ์รถอ็อกหน่วยเจาะเลือด		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๘	ตู้เย็นเก็บอาหาร ๕ คิว	๑	ตัว		๐	-	-	๑	- เก็บอาหารว่างสำหรับผู้บริการเลือด		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๙	พัดลมติดเพดาน	๓ ตัว				๒	๒	๑	- ของเดิมชำรุด/เพิ่มในห้องทำงาน		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑		หมายเหตุ
๑๐	พัดลมติดผนัง	๒	เครื่อง	๑,๕๐๐	๓,๐๐๐	๒	๒	-	- ของเดิมชำรุด		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๑๑	เครื่องปรับอากาศ	๑	เครื่อง	๐	๐	๔	๒	-	- ของเดิมชำรุด		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๑๒	สติกเกอร์ติดสิ่งส่งตรวจ	๑๐๐,๐๐๐	ดวง	๐.๔๐	๔๐,๐๐๐			๑๐๐,๐๐๐	- ใช้สำหรับติดสิ่งส่งตรวจ		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ
๑๓	ใบจองเลือด	๕,๐๐๐	ใบ	๓.๐๐	๑๕,๐๐๐			๕,๐๐๐	- ใช้สำหรับจองเลือด		ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑	/	หมายเหตุ

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นายธีรวิวัฒน์ พลเยี่ยม)  
 ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (พญ.ประวิศพร แซ่มนภา)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นางปิยนภา แก้วบัวพันธ์)  
 ทัศนศแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการการครุภัณฑ์สำนักงาน / งบบ้าน / ไฟฟ้า ( ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ) หน่วยงานผู้ช่วยในชาย

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เครื่องปรับอากาศติดผนัง ห้องพักเจ้าหน้าที่	๑ เครื่อง		๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	ไม่มี		๑	ห้องพักจก.ท./ห้องทำงานหน.ตึก	แผนปี๖๐	๖		
๒	เครื่องปรับอากาศติดผนัง ห้องให้คำปรึกษาและห้องDischarge plan	๑	เครื่อง	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐	ไม่มี		๑	ห้องให้คำปรึกษาที่เป็นความลับและห้อง Discharge plan	แผนปี๖๐	๖		/
๓	เก้าอี้ทำงานจก.ท. (พนักพิงผ้าเช็ด)	๖	ตัว	๓,๐๐๐	๑๘,๐๐๐	๒		๖	เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของ สหวิชาชีพ	แผนปี๖๐	๖		/
๔	เครื่องทำน้ำเย็นสำหรับ คนไข้	๑ เครื่อง		๑๒,๐๐๐		๑	๑		น้ำดื่มสำหรับผู้ป่วยและญาติ		๖		/
๕	ผ้าขนหนูสำหรับผู้ป่วยใน ชายทั้งหมด	๑ ชุด		๑๕๐,๐๐๐		๑	๑		ชำรุด/อายุงานพร้อมเบ็ดเตล็ด	แผนปี๖๑	๑๒		/
๖	ตู้เก็บเวชภัณฑ์	๑ ตัว		๑๒,๐๐๐		๑	๑		ชำรุด	แผนปี๖๑	๖		/
๘	TV จอแบน	๑	เครื่อง					๑					/

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางชลลดา ทิพย์จันทร์)  
 ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (นางชนันฐิมาญ จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (ผู้อำนวยการ)  
 (นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)  
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์สำนักงาน / ที่บ้าน / ไฟฟ้า (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงานตึกผู้ป่วยในเด็ก

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา		หมายเหตุ
											อนุมัติ	ไม่อนุมัติ	
๑	ตู้เย็นเก็บยาและวัคซีน	๑		๑๐,๐๐๐				/	ใช้กับยา+วัคซีน			/	
๒	ตู้เย็นน้ำดื่ม	๑	เครื่อง	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐			/	ใช้บริการผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่			/	
๓	กระติกน้ำร้อน Cooler	๑	เครื่อง	๑,๕๐๐	๑,๕๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	
๔	พัดลมตั้งพื้น	๔		๒,๐๐๐				/	บริการผู้ป่วย			/	
๕	ไมโครเวฟ	๑	เครื่อง	๓,๐๐๐	๓,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	
๖	ตู้เก็บเอกสาร	๒		๕,๐๐๐				/	บริการผู้ป่วย			/	รอพิจารณา
๗	เก้าอี้สำนักงาน มีพนักพิง	๕	ตัว	๓,๐๐๐	๑๕,๐๐๐			/	เจ้าหน้าที่ทำงาน			/	
๘	โต๊ะทำงาน ๑'๑.๕ เมตร	๑	ตัว	๑๐,๐๐๐	๑๐,๐๐๐			/	เจ้าหน้าที่ทำงาน			/	
๙	โต๊ะทำงาน ๑'๒.๕ เมตร	๑	ตัว	๒๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐			/	เจ้าหน้าที่ทำงาน			/	
๑๐	โต๊ะคอมพิวเตอร์	๒		๑๐,๐๐๐				/	บริการผู้ป่วย			/	รอพิจารณา
๑๑	ชั้นใส่เอกสาร ๕ ชั้น ๕ แถว	๒	ตัว	๑๐,๐๐๐	๒๐,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	
๑๒	ชาร์ตเหล็กใส่ประวัติผู้ป่วย	๒๐	อัน	๑,๐๐๐	๒๐,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	
๑๓	ตราปั๊มแพทย์และปั๊ม admit	๓๐	ตัว	๒๐๐	๖,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	
๑๔	ตู้ชั้นเก็บอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์	๒		๑๐,๐๐๐				/	บริการผู้ป่วย			/	
๑๕	เหยือกตวงน้ำ ๑๐๐๐ ml มี scale สแตนเลส	๑๐	อัน	๒๐๐	๒,๐๐๐			/	บริการผู้ป่วย			/	

ลงชื่อ..... (นางวารีย์ โสสิต) (หัวหน้างาน)

(นางวารีย์ โสสิต)

ลงชื่อ..... (นางชนิษฐาญ จุริมาศ) (หัวหน้าฝ่าย)

(นางชนิษฐาญ จุริมาศ)

ลงชื่อ..... (นางปิยนภ แก้วบัวพันธ์) (ผู้อำนวยการ)

(นางปิยนภ แก้วบัวพันธ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์สำนักงาน / บ้าน / ไฟฟ้า (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ตึกผู้ป่วยในหญิง W๑

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ อนุมัติ
๑	เก้าอี้มีพนักพิงรับได้ล้อเลื่อน	๕ ตัว	ตัว									/
๒	เก้าอี้มีพนักพิง พลาสติก	๒๐ ตัว	ตัว	๓๐๐	๖,๐๐๐				สำหรับให้ญาติผู้ป่วยนั่ง			/
๓	เก้าอี้กลม	๑๐ ตัว										/
๔	ตู้เก็บเสื้อผู้ป่วย	๒ ตัว										/
๕	ตู้เย็นใส่วัดซีน	๑ ตัว										/
๖	ชั้นวางรองเท้า	๑	อัน	๕๐๐	๕๐๐							/
๗	ถังขยะพลาสติกขนาดกลางแบบเหยียบ	๖	ใบ		๐				- ใช้ในห้องพิเศษ			/
๘	ถังขยะพลาสติกขนาดเล็กแบบเหยียบ	๖	ใบ		๐				- ใช้ในห้องน้ำ			/
๙	ถังขยะเหยียบมีฝักปิดสแตนด์เลส	๑	ใบ		๐				- ใช้ในห้องแยก			/
๑๐	พรมเช็ดเท้าขนาดใหญ่(พรมดำฝุ่น)	๒	ผืน	๑,๐๐๐	๒,๐๐๐				- ใช้สำหรับดำฝุ่น			/


ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
 (นางยรรนจิต ภักตะภว)  
 ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
 (นางชนิษฐนันฎ จุริมาศ)


ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
 (นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)  
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์สำนักงาน / หน่วยงาน / ไฟฟ้า (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ใต้เพิ่มเติม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน / โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑	เก้าอี้พลาสติกมีพนักพิง	๕ ตัว	ตัว	๓,๐๐๐	๖,๐๐๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๒	ตู้เก็บเอกสาร (ตู้เหล็กเดียว)	๒	ตัว					/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๓	ผ้าห่ม นอน	๑๐๐	ผืน		๐		/		-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๔	หมอน	๑๕	ใบ		๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๕	เก้าอี้สำนักงาน	๒	ตัว	๒,๐๐๐	๔,๐๐๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๖	โต๊ะเก้าอี้แพทย์บาล	๑	ชุด		๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๗	ผ้าไปเตียง+ปลอกหมอน	๑๐๐	ชุด		๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๘	โต๊ะขาวพับ	๑	ตัว	๑,๕๐๐	๑,๕๐๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๙	เครื่องชั่งน้ำหนักกรณเซ็น	๑ เครื่อง						/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๑๐	พัดลมติดผ้าม่าน	๓	เครื่อง	๑,๕๐๐	๔,๕๐๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๑๑	แอร์	๓	เครื่อง		๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๑๒	เตียงผู้ป่วย ๓ โถง	๑๑	ตัว	๓๐,๐๐๐	๓๓๐,๐๐๐			/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/
๑๓	ไฟฟ้าสำรอง UPS	๑ เครื่อง						/	-เพิ่มจำนวนเครื่องฟอกเลือด	๐	๑๒	๐	/

ลงชื่อ  (หัวหน้างาน)  
(นายชายชัย ชินดี)

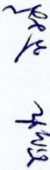

ลงชื่อ  (ผู้อนุมัติ)  
(นางปิยนัด แก้วบัวพันธ์)

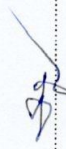
ลงชื่อ  (หัวหน้าฝ่าย)  
(นางชนิชนาฎ จีริมาศ)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการการครุภัณฑ์สำนักงาน / หน่วยงาน / ไฟฟ้า ( ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ) หน่วยงาน ไตเทียม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา	
											อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
	-หน่วยล้างไตทางช่องท้อง											
	CAPD											
๑	เก้าอี้ผู้ป่วย ๔ ที่นั่ง	๑๐	ตัว		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	รอดีกเสร็จ
๒	ถังพลาสติกชนิดมีฝาปิด	๔	ใบ		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	
๓	ถังน้ำพลาสติก	๓	ใบ		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	
๔	เก้าอี้พลาสติกชนิดเตี้ย	๒	ตัว		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	
๕	ถังวางรองเท้า	๒	ตัว		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	รอดีกเสร็จ
๖	ตู้เย็นเก็บยาผู้ป่วย ๕.๓ คิว	๒	ตัว		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	รอดีกเสร็จ
๗	กระตักน้ำร้อนไฟฟ้า	๑	ตัว		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	รอดีกเสร็จ
๑๐	T.V. จอแบน ขนาด ๓๙"	๑	เครื่อง		๐			/	-เปิดหน่วยบริการใหม่		/	รอดีกเสร็จ

ลงชื่อ  (หัวหน้างาน)  
 (นายชายชัย ทิมดี)  
 ลงชื่อ  (หัวหน้าฝ่าย)  
 (นางชนิษมาญ จริมาศ)

ลงชื่อ  (ผู้อำนวยการ)  
 (นางนิยนาถ แก้วบัวพันธ์)  
 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์ วัสดุทันตกรรมคงทน (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ทันตกรรม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ อนุมัติ ไม่อนุมัติ
๑	Angel root	๖	อัน	๑,๕๕๐	๙,๕๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๒	Aspirate syring	๒๐	อัน	๑,๒๐๐	๒๔,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๓	Amalgam Carrier	๒๐	อัน	๖๕๐	๑๓,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๔	ปลาย Trippl Syring	๒๐	อัน	๒๐๐	๔,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๕	P๑๐	๒๐	อัน	๑,๓๔๐	๒๖,๘๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๖	กรรไกรตัดไหม	๕	อัน	๑,๘๕๐	๙,๒๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๗	Needel hondle No.๓	๓	อัน	๔๘๐	๑,๔๔๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๘	Contra angle	๓	อัน	๓,๖๐๐	๑๐,๘๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๙	Mouth gay	๒	อัน	๓,๕๐๐	๗,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/
๑๐	Rubber dam Pench	๒	อัน	๓,๕๐๐	๗,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
(นางปิยนัด แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
(นางปิยนัด แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
(นางปิยนัด แก้วบัวพันธ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

แบบสำรวจความต้องการการคุ้มครอง วัสดุทันตกรรมคงทน ( ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) หน่วยงาน ทันตกรรม

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล ความจำเป็น	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ	
												อนุมัติ	ไม่อนุมัติ
๑๑	Rubber dam Flame	๒	อัน	๕๐๐	๑,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๒	Rubber dam Forcep	๒	อัน	๑,๕๐๐	๓,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๓	Rubber dam clamp	๕	อัน	๔๒๕	๒,๑๒๕			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๔	เสื้อกาบปฏิบัติงาน	๕๐	อัน	๑,๒๐๐	๖๐,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๕	Currete	๕	อัน	๑,๒๐๐	๖,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๖	คีมถอนฟันผู้ใหญ่บน	๓	อัน	๒,๗๕๐	๘,๒๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๗	คีมถอนฟันผู้ใหญ่ล่าง	๓	อัน	๒,๗๕๐	๘,๒๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๘	คีมถอนฟันเด็กบน	๕	อัน	๒,๗๕๐	๑๓,๗๕๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๑๙	ชุดอุดฟัน	๒๐	อัน	๗๕๐	๑๕,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๒๐	State elevator	๑๐	อัน	๑,๕๙๐	๑๕,๙๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๒๑	ชุดตรวจฟัน	๒๐	อัน	๕๕๐	๑๑,๐๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๒๒	Face shile	๕	อัน	๑,๓๐๐	๖,๕๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	
๒๓	ค้ำมกรอฟัน	๕	อัน	๓,๕๐๐	๑๗,๕๐๐			/	ไม่เพียงพอต่อบริการ		ต.ค.-ก.ย	/	

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน)  
(นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (ผู้อนุมัติ)  
(นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)  
(นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์)

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ





แบบสำรวจความต้องการครุภัณฑ์สำนักงาน / งบบ้าน / ไฟฟ้า ( ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ) หน่วยงานประกันสุขภาพและเวชระเบียน

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน	มีอยู่เดิม	ทดแทน	ขอเพิ่มเติม	เหตุผล	แผน /โครงการ (ถ้ามี)	ระยะเวลา ความสำคัญ(เดือน)	หมายเหตุ
๑	ตู้เก็บแฟ้มเวชระเบียน	๔ ตัว						/	-ใช้สำหรับจัดเก็บแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน			อนุมัติ /
๒	กระดาษถ่ายสำเนา	๒๐	ตั้ง		๐		/	/	-ใช้สำหรับปริ้นประวัติการรักษา			/
๓	กระดาษ OPD CARD	๓๐	ตั้ง		๐		/	/	-ใช้สำหรับออกใบตรวจรักษา			/
๔	แบบฟอร์มการออกประวัติสำหรับผู้ป่วยรายใหม่	๓๐	ตั้ง				/	/	-ใช้สำหรับกรณีสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายใหม่/สัมบัตร			/
๕	ตู้เก็บเอกสาร (ไม่แยกสี)	๒ ตู้					/	/	-ใช้เพื่อเก็บเอกสารสำคัญของงานเวชระเบียน เช่น ประวัติการรักษาที่เป็นคดี พรบ			/
๖	กระดาษบันทึกสถิติคนแอดมิชชั่น	๒๐	ตั้ง				/	/	-ใช้สำหรับปริ้นใบตรวจกรณีผู้ป่วยมีสมุดประจำตัว			เบิกคลัง
๗	ตู้ถือเอกสาร	๑	ตัว				/	/	-ใช้สำหรับเก็บเอกสารของเจ้าหน้าที่			/
๘	รถเข็น สำหรับเข็นเวชระเบียนผู้ป่วยใน	๑	คัน				/	/	-ใช้สำหรับเคลื่อนย้ายแฟ้มเวชระเบียน			/
๙	แอร์	๑	เครื่อง				/	/	-แอร์เครื่องเดิมมีไม่พอออกจากเครื่องและเกิดเสียงดัง			/
๑๐	ชุดรับแขก	๑	ชุด				/	/	-ตามมาตรฐานศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพ			/
๑๑	ข้าวางเอกสาร	๑	ตัว				/	/	-ต้องมีห้องเป็นสัดส่วน ขนาดไม่น้อยกว่า			/
๑๒	เครื่องปรับอากาศ	๑	เครื่อง				/	/	-๑๐ ตารางเมตร มีชุดรับแขกที่นั่งสบาย			/
๑๓	ตู้รับฟังความคิดเห็น	๑๐	อัน		๐			/				/

ลงชื่อ..... (นางอารยา อรรถ) (หัวหน้างาน)

ลงชื่อ..... (นางปิยนดา แก้วบัวพันธ์) (ผู้อนุมัติ)

ลงชื่อ..... (หัวหน้าฝ่าย)

ตำแหน่งแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ