



ภคณีสถาบันพัชราภรณ์  
วันที่ ๒๒.๑๑.๖๖  
วันที่ ๑๖.๑๑.๖๖  
เวลา ๑๑.๑๕ น.

ที่ อว ๘๓๙๓ (๔).๖/ ๒๒๔๑

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก  
คณะเทคนิคการแพทย์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๑๑๐ ถนนอินทวิโรต ต่าบลศรีภูมิ  
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบขออนุญาตประชาชนสัมพันธ์ การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๗  
เรียน ผู้อำนวยการ วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบเสนอราคา เลขที่ ภ ๖๖๐๓๕๐ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. แบบเสนอขอรับบริการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานที่จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีเคลื่อนที่ ให้กับหน่วยงานที่สนใจเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี โดยนักวิชาชีพ โดยศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานสากล

ทั้งนี้หากหน่วยงานท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีความประสงค์จะรับบริการดังกล่าว กรุณากรอกแบบเสนอขอรับบริการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ หรือติดต่อ คุณภรตศิริ กันธาหล้า หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ๐๕๓-๙๓๖๐๒๗ ต่อ ๑๐๒ หรือ ๐๘๕-๘๗๐๓๑๓๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิกหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีโอกาสได้ให้บริการตรวจสุขภาพกับหน่วยงานของท่าน

เรียน ผู้อำนวยการ

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรแจ้ง.....
- เห็นควรมอบ.....

๑๘.๑๑.๖๖

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพรชนก มะจู้)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก  
โทร. ๐-๕๓๙๓-๖๐๒๗ ต่อ ๑๐๒  
โทรสาร ๐-๕๓๒๘-๙๓๐๐  
[www.ams.cmu.ac.th/amscsc](http://www.ams.cmu.ac.th/amscsc)

-ทราบ  
-แจ้งรองฯ, งานสวัสดิการฯ

๑๘.๑๑.๖๖

ร.ก. พอ. วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง



# ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

เลขที่ใบเสนอราคา                    ภ 660350  
วันที่                                     12 ตุลาคม 2566  
ผู้เสนอราคา                         นางสาวภรศศิ์ กันธาหล้า เบอร์โทร 085-8703133 Email : [ams.csc@hotmail.com](mailto:ams.csc@hotmail.com)  
เรียน                                     ผู้อำนวยการ  
หน่วยงาน                             วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

ศูนย์สุขภาพพร้อม คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ท่านได้ให้ความสนใจในการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี (นอกสถานที่) ในครั้งนี้ ทางศูนย์สุขภาพพร้อม จึงใคร่ขอเสนออัตราค่าบริการตรวจสุขภาพ ดังนี้

ลำดับ	รายการตรวจ	โปรแกรมที่1		โปรแกรมที่2	
		อายุ < 35 ปี		อายุ > 35 ปี	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	✓	✓	✓	✓
2	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	♦	♦	✓	✓
3	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol และ Triglyceride)	♦	♦	✓	✓
4	ตรวจการทำงานของตับ (AST และ ALT และ ALK)	♦	♦	✓	✓
5	ตรวจการทำงานของไต (BUN และ Creatinine)	♦	♦	✓	✓
6	ตรวจกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	♦	♦	✓	✓
7	ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)	✓	✓	✓	✓
8	ตรวจอุจจาระ (Stool Exam, Stool Occult)	✓	✓	✓	✓
9	ตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอกระบบดิจิตอล (Chest X-ray)	✓	✓	✓	✓
10	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)	♦	✓	♦	✓
11	ตรวจวัดความดันชีพจร (BP) , ชั่งน้ำหนัก	✓	✓	✓	✓
ราคารวมทั้งสิ้นต่อท่าน (บาท)		380	480	850	950

\*\*\* รายการที่ 10 เบิกตรวจประจำปีได้ 100 บาท มีค่าบริการ การเก็บส่งตรวจที่ไม่สามารถเบิกได้ 50 บาท  
ตรวจมะเร็งปากมดลูก PAP Smear รหัสกรมบัญชีกลาง 38302



**ศูนย์สุขภาพพร้อม**  
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
**PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.**

รายการสำหรับ การเลือกตรวจ

ลำดับ	รายการตรวจ	ราคา (บาท)
1	การตรวจร่างกายโดยแพทย์ (PE)	50
2	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90
3	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	40
4	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol และ Triglyceride)	120
5	ตรวจการทำงานของตับ (AST และ ALT และ ALK)	150
6	ตรวจการทำงานของไต (BUN และ Creatinine)	100
7	ตรวจกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	60
8	ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)	60
9	ตรวจอุจจาระ (Stool Exam, Stool Occult)	70
10	ตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอกระบบดิจิทัล (Chest X-ray)	170
11	ตรวจระดับไขมันชนิดดีในเลือด (HDL-C)	270
12	ตรวจระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด (LDL-C)	
13	ตรวจหาไวรัสตับอักเสบ A (Anti - HAV)	670
14	ตรวจหาไวรัสตับอักเสบ B (HBV Ag, HBV Ab)	290
15	ตรวจหาไวรัสตับอักเสบ C (Anti - HCV)	270
16	ตรวจไทรอยด์ (FT4, TSH)	500
17	ตรวจการทำงานของตับครบชุด	260
18	ตรวจโรคเอดส์ (Anti-HIV)	350
19	ตรวจซีฟิลิส (VDRL)	145
20	ตรวจหาเบาหวานสะสม (HbA1c)	200
21	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งระดับ (AFP)	300
22	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งระยะเพาะอาหาร, ลำไส้ (CEA)	350
23	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA)	350
24	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งเต้านม (CA 15-3)	500
25	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งรังไข่ (CA 125)	600
26	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งมดลูก (Beta - HCG)	280
27	ตรวจภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง (ANA)	280



# ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

ลำดับ	รายการตรวจ	ราคา (บาท)
28	ตรวจข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid factor)	100
29	ตรวจหมู่เลือด (ABO Blood Group)	60
30	ตรวจธาลัสซีเมีย	500
31	การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	400
32	อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน (Ultrasound Upper Abdomen)	1,000
33	อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง (Ultrasound Lower Abdomen)	1,000
34	อัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด (Ultrasound Whole Abdomen)	2,000
35	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)	250

สำหรับการตรวจรายการที่ 32-37 ไม่สามารถออกให้บริการนอกสถานที่ได้

\*\*\* รายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้แจ้งพร้อมการตรวจสุขภาพประจำปี เท่านั้น หากแจ้งทีหลังวันตรวจสุขภาพ จะคิดเงินออกใบเสร็จ แยกใบ จะนำไปเบิกประจำปีไม่ได้ (เฉพาะราชการ/ลูกจ้างประจำ)

\*\*\* เอกสารที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เช่น ใบเสร็จ / ใบรับรอง / ใบแนบเบิก ออกในนาม ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เช่นเดิม

โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ราคาที่เสนอเป็นราคาสำหรับ วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง เท่านั้น
2. โปรแกรมรายการตรวจสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ตามความต้องการของหน่วยงานท่าน
3. ศูนย์สุขภาพพร้อม มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีนอกสถานที่ (มีจำนวนขั้นต่ำในการออกให้บริการ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม) พร้อมทั้งมีบริการอธิบายผลการตรวจสุขภาพ ยังหน่วยงานของท่าน โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
4. ศูนย์สุขภาพพร้อม มีบริการตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก (Digital X-ray) ด้วยรถและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ซึ่งเป็นรถของศูนย์บริการฯ เองในกรณี การให้บริการนอกสถานที่
5. เงื่อนไขการชำระค่าบริการ เจ้าหน้าที่การเงินศูนย์สุขภาพพร้อม ทำเอกสารแจ้งหนี้เพื่อทำการเรียกเก็บเงินภายหลังจากวันที่ให้บริการอธิบายผลการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการชำระเงินสามารถชำระเงินภายใน 30 วันหลังจากได้รับเอกสารรับชำระหนี้
6. หากท่านสนใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ กรุณาติดต่อ นัดหมายวันตรวจ หรือแจ้งวันเวลาที่ทำการตรวจได้ที่ คุณภรศศิริ กันธาล้ำ (หนู) โทร 085 8703133 หรือ 053-936027 ต่อ 102



# ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาว พรชนก มະฐ)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200  
โทรศัพท์ 0-5393-5096 หรือ 0-5393-6027 โทรสาร 0-5328 9300  
E-Mail: ams.csc@hotmail.com

แบบเสนอ/ขอรับบริการตรวจสุขภาพ

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

สถาบัน หน่วยงาน องค์กร ฯลฯ

มีความประสงค์ (โปรด  )

ไม่ต้องการใช้บริการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

ต้องการใช้บริการกับศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

หากต้องการใช้บริการ โปรดกรอรายละเอียด

จำนวนผู้เข้ารับบริการ ประมาณ.....คน

วัน เดือน ปี และสถานที่ที่ต้องการให้ไปตรวจ (ตั้งแต่เวลา 08.00 - 10.00 น.)

กลุ่มที่	วัน เดือน ปี	จำนวน	สถานที่
1			
2			
3			

ศูนย์บริการฯ สามารถติดต่อกับผู้ประสานงาน คือ

ชื่อ-นามสกุล .....

ตำแหน่ง .....

โทรศัพท์ .....

ผู้เสนอ นางสาวภรตศิริ กันธาล้า .....

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานลูกค้า .....



ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เจ้าหน้าที่การตลาด ของ/นัดหมายวันตรวจได้ที่ คุณภรตศิริ  
กันธาล้า โทร0858703133 , 053-936027 ต่อ 102 ,104 หรือ 053-935096 โทรสาร  
053-289300



**แบบฟอร์มลงทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปี (Registration Form)**

กรุณากรอกแบบฟอร์มด้วยตัวบรรจง (ชื่อ-นามสกุล กรุณาเขียนให้ชัดเจน เพื่อสิทธิประโยชน์ในการเบิก)

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว .....

วัน/เดือน/ปี เกิด ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....

บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....

สิทธิการเบิก [ ] เบิกได้สิทธิข้าราชการ [ ] เบิกได้สิทธิรัฐวิสาหกิจ [ ] เบิกได้สิทธิ์..... [ ] เบิกไม่ได้/ไม่เบิก

**รายการตรวจ**

รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 35 ปี (ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	ราคาตรวจ	รายการตรวจพิเศษอื่น ๆ	ราคาตรวจ
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ A (Anti - HAV)IgM	670
<input type="checkbox"/> อุจจาระ (Stool Examination+Occult Blood)	70	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ B (HBs Ag/Ab)	290
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (Urinalysis)	50	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ C (Anti-HCV)	270
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ (Chest X-ray)	170	<input type="checkbox"/> ไทรอยด์ (FT4, TSH)	500
<b>รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป (ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)</b>	<b>ราคาตรวจ</b>	<input type="checkbox"/> การทำงานของตับครบชุด (TP,ALB,GLB,TBIL,DBIL)	260
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (Anti-HIV)	350
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน (FBS) (Glucose)	40	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส (Syphilis)	145
<b>ไขมันในเส้นเลือด</b>		<input type="checkbox"/> เบาหวานสะสม (HbA1c)	200
<input type="checkbox"/> Cholesterol	60	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งตับ (AFP)	300
<input type="checkbox"/> Triglyceride	60	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งกระเพาะอาหาร, ลำไส้ (CEA)	350
<b>การทำงานของตับ</b>		<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA)	350
<input type="checkbox"/> AST	50	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งเต้านม (CA15-3)	500
<input type="checkbox"/> ALT	50	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งรังไข่ (CA125)	600
<input type="checkbox"/> ALP	50	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งมดลูก (B-HCG)	280
<b>การทำงานของไต</b>		<input type="checkbox"/> ตรวจแยกชนิดไขมัน (HDL-C, LDL-C)	270
<input type="checkbox"/> B.U.N	50	<input type="checkbox"/> ตรวจหาการติดเชื้อหัดเยอรมัน (ผู้หญิง) Rubella IgG	305
<input type="checkbox"/> CREATININE	50	<input type="checkbox"/> ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rhoumatoid factor)	100
<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ (Uric Acid)	60	<input type="checkbox"/> หมู่เลือดชนิด ABO (ABO Blood group)	60
<input type="checkbox"/> อุจจาระ (Stool Examination+Occult Blood)	70	<input type="checkbox"/> ธาลัสซีเมีย (Hb typing+alpha Thal 1)	500
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (Urinalysis)	50	<input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	400
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ (Chest X-ray)	170	<input type="checkbox"/> ประเมินสุขภาพโดยเครื่อง Body Composition Analysis	300
<b>**หมายเหตุ : คิดค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ 50 บาท**</b>		<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear	250
<b>กรณีตรวจครบทุกรายการ (35 ปี ขึ้นไป) ราคา 900 บาท (เบิกได้ 850 บาท)</b>		<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Liquid base cytology	1000
<b>รายการเบิกได้ตามกระทรวงการคลัง (สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เจ้าหน้าที่)</b>		<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV+Liquid base cytology	2500
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน Ultrasound Upper Abdomen	1000	<input type="checkbox"/> ตรวจอื่น ๆ (โปรดระบุ) .....	
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง Ultrasound Lower Abdomen	1000		
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด Ultrasound Upper&Lower Abdomen	2000		
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์เต้านม Ultrasound Breast	1000		
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ส่วนอื่น ๆ Other.....	1000		
<input type="checkbox"/> ตรวจการตีบตันและการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (ABI&ASI)	520		
<input type="checkbox"/> ตรวจความยืดหยุ่นตับ *** FibroScan	1600		
<input type="checkbox"/> ตรวจวัดมวลกระดูก *** Bone densitometry	3000		
<input type="checkbox"/> ตรวจเอกซเรย์เต้านม *** Mammogram	2400		

**หมายเหตุ : รายการตรวจพิเศษ ไม่สามารถเบิกได้**  
**(กรณีเบิกได้ต้องให้มีใบสั่งของแพทย์ แนบเบิกกับการเงิน)**  
**\*\* หมายเหตุ : คิดค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ 50 บาท \*\***

ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการตรวจ

วันที่...../...../.....

## ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ

- 1.งดอาหารและน้ำหลัง 2 ทุ่ม (นับเวลาให้ครบ 10-12 ชั่วโมงก่อนการเจาะเลือด) (กรณีที่มีการตรวจ ไขมันในเส้นเลือด และ ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS))
2. งดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ 3 – 5 วัน
3. พักผ่อนให้เพียงพอ
4. จิบน้ำเปล่าได้เล็กน้อย (ประมาณ 100 ml.)

วันเวลาเปิดทำการปกติ

จันทร์ - ศุกร์ เวลา 7.30 - 20.00 น

เสาร์ - อาทิตย์ เวลา 7.30-15.30 น



นอกจากนี้ยังมีรายการตรวจอื่น ๆ อีกมากมาย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์สุขภาพ เวลเนส เซ็นเตอร์ ลำปาง โดย คลินิกเทคนิคการแพทย์ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก โทร.0-5422-3177  
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 110 ถ.อินทวโรธ ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200





### แบบฟอร์มลงทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปี (Registration Form)

กรุณากรอกแบบฟอร์มด้วยตัวบรรจง (ชื่อ-นามสกุล กรุณาเขียนให้ชัดเจน เพื่อสิทธิประโยชน์ในการเบิก)

ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว .....  
 วัน/เดือน/ปี เกิด ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... อายุ.....  
 บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....  
 จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....

สิทธิการเบิก [ ] เบิกได้สิทธิข้าราชการ [ ] เบิกได้สิทธิรัฐวิสาหกิจ [ ] เบิกได้สิทธิ์..... [ ] เบิกไม่ได้/ไม่เบิก

#### รายการตรวจ

รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 35 ปี (รายการ/รัฐวิสาหกิจ)	ราคาตรวจ	รายการตรวจพิเศษอื่น ๆ	ราคาตรวจ
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ A (Anti - HAV)IgM	670
<input type="checkbox"/> อุจจาระ (Stool Examination+Occult Blood)	70	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ B (HBs Ag/Ab)	290
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (Urinalysis)	50	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ C (Anti-HCV)	270
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ (Chest X-ray)	170	<input type="checkbox"/> ไทรอยด์ (FT4, TSH)	500
<b>รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป (รายการ/รัฐวิสาหกิจ)</b>	<b>ราคาตรวจ</b>	<input type="checkbox"/> การทำงานของตับครบชุด (TP,ALB,GLB,TBIL,DBIL)	260
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90	<input type="checkbox"/> โรคนเอ็ดส์ (Anti-HIV)	350
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน (FBS) (Glucose)	40	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส (Syphilis)	145
<b>ไขมันในเส้นเลือด</b>		<input type="checkbox"/> เบาหวานสะสม (HbA1c)	200
<input type="checkbox"/> Cholesterol	60	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งตับ (AFP)	300
<input type="checkbox"/> Triglyceride	60	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งกระเพาะอาหาร, ลำไส้ (CEA)	350
<b>การทำงานของตับ</b>		<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA)	350
<input type="checkbox"/> AST	50	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งเต้านม (CA15-3)	500
<input type="checkbox"/> ALT	50	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งรังไข่ (CA125)	600
<input type="checkbox"/> ALP	50	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งมดลูก (B-HCG)	280
<b>การทำงานของไต</b>		<input type="checkbox"/> ตรวจแยกชนิดไขมัน (HDL-C, LDL-C)	270
<input type="checkbox"/> B.U.N	50	<input type="checkbox"/> ตรวจหาการติดเชื้อหัดเยอรมัน (ผู้หญิง) Rubella IgG	305
<input type="checkbox"/> CREATININE	50	<input type="checkbox"/> ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rhoumatoid factor)	100
<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ (Uric Acid)	60	<input type="checkbox"/> หมู่เลือดชนิด ABO (ABO Blood group)	60
<input type="checkbox"/> อุจจาระ (Stool Examination+Occult Blood)	70	<input type="checkbox"/> ธาลัสซีเมีย (Hb typing+alpha Thal 1)	500
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (Urinalysis)	50	<input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	400
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ (Chest X-ray)	170	<input type="checkbox"/> ประเมินสุขภาพโดยเครื่อง Body Composition Analysis	300
**หมายเหตุ : คิดค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ 50 บาท **		<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear	250
กรณีตรวจครบทุกรายการ (35 ปี ขึ้นไป) ราคา 900 บาท (เบิกได้ 850 บาท)		<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Liquid base cytology	1000
<b>รายการเบิกได้ตามกระทรวงการคลัง (สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เจ้าหน้าที่)</b>		<input type="checkbox"/> ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV+Liquid base cytology	2500
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน	Ultrasound Upper Abdomen	1000	
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง	Ultrasound Lower Abdomen	1000	
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด	Ultrasound Upper&Lower Abdomen	2000	
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์เต้านม	Ultrasound Breast	1000	
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ส่วนอื่น ๆ	Other.....	1000	
<input type="checkbox"/> ตรวจการตีบตันและการทำงานของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (ABI&ASI)		520	
<input type="checkbox"/> ตรวจความยืดหยุ่นตับ ***	FibroScan	1600	
<input type="checkbox"/> ตรวจวัดมวลกระดูก ***	Bone densitometry	3000	
<input type="checkbox"/> ตรวจเอกซเรย์เต้านม ***	Mammogram	2400	
*** มีให้บริการเฉพาะที่ศูนย์บริการฯ (คณะเทคนิคการแพทย์ เชียงใหม่ เท่านั้น)			
		<b>หมายเหตุ : รายการตรวจพิเศษ ไม่สามารถเบิกได้ (กรณีเบิกได้ต้องมีใบสั่งของแพทย์ แนบเบิกกับการเงิน)</b>	
		<b>** หมายเหตุ : คิดค่าบริการทางห้องปฏิบัติการ 50 บาท **</b>	
		ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการตรวจ	
		วันที่...../...../.....	

## ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ

- 1.งดอาหารและน้ำหลัง 2 ทุ่ม (นับเวลาให้ครบ 10-12 ชั่วโมงก่อนการเจาะเลือด) (กรณีที่มีการตรวจ ไขมันในเส้นเลือด และ ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด (FBS))
2. งดเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ 3 – 5 วัน
3. พักผ่อนให้เพียงพอ
4. จิบน้ำเปล่าได้เล็กน้อย (ประมาณ 100 ml.)

วันเวลาเปิดทำการปกติ

จันทร์ - ศุกร์ เวลา 7.30 - 20.00 น

เสาร์ - อาทิตย์ เวลา 7.30-15.30 น



นอกจากนี้ยังมีรายการตรวจอื่น ๆ อีกมากมาย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์สุขภาพ เวลเนส เซ็นเตอร์ ลำปาง โดย คลินิกเทคนิคการแพทย์ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก โทร.0-5422-3177  
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 110 ถ.อินทวโรสุต ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200



**ศูนย์สุขภาพพร้อม**

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

**พรศศิ์ กันราหล้า**

Pronsasi Kuntalar

Sales Supervisors



ติดต่อ • Contact



08 5870 3133



ams.csc@hotmail.com



ได้รับรองระบบบริหารงาน  
ตามมาตรฐานสากล  
**ISO 9001**



ดำเนินการโดย  
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก



# ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
**PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.**

โทร 053 936027

[www.prompthealthcenter.com](http://www.prompthealthcenter.com)

110 ถนนอินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมืองฯ เชียงใหม่ 50200