



สหคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
(เวชกรรม ทันตกรรม และเทคนิคการแพทย์)
ใบอนุญาตเลขที่ 13110000664

เลขที่ 4 หมู่ 11 ถนนหทัยราษฎร์ ตำบลลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150 โทรศัพท์ 02-563-5252

ใบขอส่ง ตรวจ Covid-19 Antigen Rapid test สำหรับผู้รับบริการโรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ชื่อผู้ป่วย/Name: _____

Patient ID (HN). _____

วันที่/Date: _____

ไม่ ต้องการเอกสารแสดงผลตรวจ ค่าบริการ 225 บาท

ต้องการเอกสารแสดงผลตรวจ ค่าบริการ 315 บาท (*รับผลตรวจได้ในวันเดียวกันเวลา 13:30)

_____	_____	_____	_____
ผู้ป่วย/Patient	นิสิตทันตแพทย์/Student	อาจารย์/Instructor	เจ้าหน้าที่การเงิน/Cashier

กรุณารอกข้อมูลส่วนกลาง เพื่อฝึกส่วนกลางกลับคืนนิสิตเมื่อเสร็จสิ้นการตรวจ

บันทึกผลการตรวจ (สำหรับกรณีไม่ ต้องการเอกสารแสดงผลตรวจ ค่าบริการ 225 บาท)

ชื่อผู้ป่วย/Name: _____

Patient ID (HN). _____

วันที่/Date: _____ เวลา/Collected Time: _____ น.

Results Negative Positive

เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ

Remark: การตรวจ Covid-19 Antigen Rapid test เป็นการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเบื้องต้นไม่สามารถยืนยันการติดเชื้อ Covid-19 จำเป็นต้องมีการตรวจยืนยันโดยการหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SAR Co-V-2 ด้วยวิธี real-time PCR