

รายการตรวจสุขภาพพนักงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยะลา
ที่ขออนุเคราะห์ค่าตรวจ

ลำดับ	รายการ	ค่าตรวจ
	ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าสามสิบห้าปี	
1	Chest X - ray (รหัส 41001)	220
2	Urine Examination (รหัส 31001)	50
3	Complete Blood Count (รหัส 30101)	90
	รวมเงิน	360
	ผู้ที่มีอายุมากกว่าสามสิบห้าปี	
1	Chest X - ray (รหัส 41001)	220
2	Urine Examination (รหัส 31001)	50
3	Complete Blood Count (รหัส 30101)	90
4	Glucose (รหัส 32203)	40
5	Cholesterol (รหัส 32501)	60
6	Triglyceride (รหัส 32502)	60
	รวมเงิน	520

หมายเหตุ

ผู้ที่ต้องการตรวจนอกเหนือจากนี้ต้องจ่ายเงินเอง