

เรื่อง การตรวจสุขภาพประจำปีและฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ๔ สายพันธุ์

เรียน ท่านผู้ปกครองนักเรียน โรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัยนครปฐม(พระตำหนักสวนกุหลาบมัธยม)

โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ให้บริการการตรวจสุขภาพประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ให้กับนักเรียน ชั้นม.๑-ม.๖ โดยมีทีมแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการตลอดการให้บริการ รายการตรวจมีดังนี้ x-ray ปอด, ตรวจหมู่เลือด, ตรวจปัสสาวะ, ตรวจวัดความดัน(BMI), วัดสายตาทั่วไป, วัดตาบอดสี, ตรวจร่างกายโดยแพทย์ พร้อมรายงานผลการตรวจสุขภาพให้กับทางผู้ปกครอง

อีกทั้งเพื่อให้บุตรหลานของท่าน มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ทางโรงเรียนได้จัดบริการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีความปลอดภัยสูง โดยฉีดที่ต้นแขนปีละ ๑ ครั้ง หลังฉีด ๒ สัปดาห์ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นและป้องกันการเกิดเชื้อโรค อาการที่จะพบได้คืออาการปวดบวมแดงที่ต้นแขน โรงพยาบาลสุเวช มีทีมเจ้าหน้าที่และพยาบาล ให้การดูแลตลอดการให้บริการ

โรงพยาบาลสุเวช ยินดีให้สิทธิผู้ปกครอง และ ครอบครัวและบุตรหลานครู รับบริการฉีดวัคซีน ในราคาเดียวกัน ( ขอสงวนสิทธิ์สำหรับผู้รับบริการฉีดวัคซีนฯ ที่โรงเรียนตามวันที่กำหนดเท่านั้น)

วัคซีนชนิด ๔ สายพันธุ์ (ฉีด ๑ เข็ม) ราคา ๔๐๐ บาท และนำเงินมาชำระในวันที่ทำการฉีดวัคซีน  
\*\*\* ให้บริการฉีดวัคซีนฯพร้อมกับวันที่ตรวจสุขภาพนักเรียน\*\*\*:ในวันที่ ๒๓-๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗  
หมายเหตุ \*\*ห้ามฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในเด็กที่มีประวัติแพ้ไข่อย่างรุนแรง

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการนี้

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวปานิสรา จันทเลิศ)

แผนกการตลาดงานสุขภาพ

โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

ขอแสดงความนับถือ



(นางจุฬณี พูนอัสสมบัติ)

ผู้จัดการแผนกการตลาดงานสุขภาพ

โรงพยาบาลสุเวช

หมายเหตุ

1. ทางโรงพยาบาลจะคัดกรองนักเรียนก่อนฉีดวัคซีน โดยมีทีมเจ้าหน้าที่และพยาบาล ให้การดูแลตลอดการให้บริการ
2. หากมีข้อสงสัย กรุณาติดต่อ  
โรงพยาบาลสุเวช โทรศัพท์ ๐๒-๒๑๙-๕๘๗๐ แผนกการตลาดงานสุขภาพ งานวัคซีน  
โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ฝ่ายการตลาด ๐๙๘-๖๕๓๕๑๕๖ งานตรวจสุขภาพ
3. กรุณานำส่งใบตอบรับให้เจ้าหน้าที่ ณ จุดฉีดวัคซีน ในวันที่เข้ารับบริการ

## ใบตอบรับฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ชนิด 4 สายพันธุ์

(ให้บริการ โดยโรงพยาบาลสุเวช ร่วมกับการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก)

กรุณาส่งใบตอบรับส่ง ณ จุดให้บริการฉีดวัคซีน ภายใน วันที่เข้ารับบริการ

ผู้ปกครองของ ค.ช./ค.ญ/นาย/น.ส.....

นักเรียนชั้น...../.....อายุ..... โทรศัพท์.....

**ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้ว**

อนุญาตให้นักเรียนฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ จำนวน 1 เข็ม พร้อมชำระเงินค่าวัคซีน 400 บาท

ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

หากท่านมีความประสงค์จะให้นักเรียนในความปกครองของท่าน ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ กรุณาให้  
ข้อมูลด้านล่าง

**ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่**

ไม่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่

เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ล่าสุดเมื่อปี.....

**ประวัติการแพ้อาหารประเภทไข่**

ไม่เคยแพ้อาหารประเภทไข่

เคยแพ้อาหารประเภทไข่ โดยมีอาการ.....

.....

หมายเหตุ กรุณานำส่งใบตอบรับให้เจ้าหน้าที่ ณ จุดฉีดวัคซีน ในวันที่เข้ารับบริการ