

(สำเนา)

ที่ สร 1002/ว 26

สำนักนายกรัฐมนตรี

6 พฤศจิกายน 2523

เรื่อง การใช้หลักฐานประกอบการขอรับสิทธิตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการ
ให้บำเหน็จความชอบเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2521

เรียน กระทรวง ทบวง และจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประวัติการป่วยเจ็บและการรักษาพยาบาล (แบบ บ.4)

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาบำเหน็จความชอบในการประชุมครั้งที่ 15/2523
เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2523 ได้พิจารณาเห็นว่า ในการเสนอขอรับสิทธิตามระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการให้บำเหน็จความชอบเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2521 ให้แก่ข้าราชการ
ผู้ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บเนื่องจากปฏิบัติหน้าที่ราชการ นั้น ส่วนราชการต่าง ๆ ได้ส่ง
หลักฐานทางการแพทย์ ได้แก่ รายงานความเห็นการตรวจชันสูตรบาดแผลของแพทย์ ใบรับ
รองแพทย์หรือใบแสดงความเห็นแพทย์ ไปเพื่อประกอบการพิจารณา แต่เนื่องจากหลักฐาน
ทางการแพทย์ดังกล่าว มีรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ได้รับอันตรายหรือป่วยเจ็บไม่ชัดเจนเพียงพอ
แก่การพิจารณา ดังนั้น ที่ประชุมจึงได้มีมติกำหนดแบบประวัติการป่วยเจ็บและการรักษา
พยาบาล (แบบ บ.4) ขึ้น และให้ส่วนราชการต่าง ๆ ใช้แบบประวัติการป่วยเจ็บและการ
รักษาพยาบาล (แบบ บ.4) เป็นหลักฐานประกอบการเสนอขอรับสิทธิตามระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการให้บำเหน็จความชอบเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ. 2521 ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติ และแจ้งให้ส่วนราชการในสังกัด
ทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

(ลงชื่อ) ชูชาติ ประมุขผล

(นายชูชาติ ประมุขผล)

ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการพิจารณาบำเหน็จความชอบ

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี

โทร. 2822700

ประวัติการป่วยเจ็บและการรักษาพยาบาล

ชื่อและสถานที่ตั้งของสถานพยาบาล.....

.....

วันที่....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

สังกัด.....

ที่อยู่.....

รับไว้รักษาเมื่อวันที่....เดือน.....พ.ศ.....เคยเข้าป่วยเจ็บในสถาน

พยาบาล.....ครั้ง ด้วยโรค.....

ประวัติการป่วยเจ็บและการตรวจร่างกายโดยย่อ

.....

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

.....

.....

การรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

ให้ออกจากสถานพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เนื่องจาก
.....รวมวันรักษาตัวในสถานพยาบาล.....วัน
เมื่อออกจากสถานพยาบาลแล้ว แพทย์ลงความเห็นต้องรักษาต่ออีก.....วัน

ความเห็นอื่น ๆ.....
.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้รักษา
(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ที่.....