

ภาคผนวก 8

แบบ (จำลอง) เรียกเก็บเงินค่ารักษากายภาพบำบัด

After Work Medical Spa

แบบการเรียกเก็บเงินค่ารักษากายภาพบำบัด

ชื่อลูกค้า
เลขที่บัตร

วันที่..... เวลา.....
ผู้รักษา.....

รหัส	รายการ	ราคาต่อหน่วย	จำนวน	รวมเป็นเงิน	หมายเหตุ
101	Full Assessment / ครั้ง	200			
102	Assessment / ครั้ง	100			
103	Specific Assessment / ครั้ง	160			
111	Electrical Stimulation / จุด	80			
112	Hot Pack / พื้นที่	60			
113	Cold Pack / พื้นที่	40			
114	Paraffin / พื้นที่	110			
115	SWD / MWD / พื้นที่	110			
116	US / นาที	15			
120	Mobilization / Manipulation (sp, hi, kn, sh) / พื้นที่	300			
121	Mobilization / Manipulation (อื่นๆ) / พื้นที่	150			
122	Traction(2) 15 นาที	125			
123	Traction(5) 30 นาที	200			
124	Massage 5 นาที / หน่วย	60			
130	Exercise / พื้นที่	100			
131	Exercise (Specific) / ครั้ง	300			
132	Consultation / หน่วย	100			
140	Home Program / หน่วย	100			
141	BPI (ES, EXS, Massage) / ครั้ง	300			
150	Taping(1) ธรรมดา / ครั้ง	100			
151	Taping(2) พิเศษ / ครั้ง	200			
	รวม				

ลงชื่อผู้รักษา.....

เฉพาะฝ่ายการเงิน

การชำระเงิน ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว

เป็นเงินจำนวน.....บาท

ลงชื่อผู้รับเงิน.....

วันที่.....เวลา.....

บัตรนัดหมายลูกค้า

ชื่อลูกค้า

วันที่..... เวลา.....

เลขที่บัตร

ผู้นัด.....