



ที่ นร 1013.8.4/ว 17

สำนักงาน ก.พ.

ถนนพิษณุโลก กทม. 10300

30 ธันวาคม 2548

เรื่อง การตรวจสุขภาพอนามัยสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะไปศึกษา  
ในต่างประเทศ

เรียน (กระทรวง กรม และจังหวัด)

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0706.9/ว.พิเศษ 1 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2543

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. คำแนะนำสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะไปรับการตรวจสุขภาพ  
อนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.เพื่อไปศึกษาต่างประเทศ
  2. หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย
  3. แบบฟอร์ม Medical Certificate จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงกำหนดให้นักเรียนทุนและข้าราชการที่จะไปศึกษาวิชา ณ  
ต่างประเทศ จะต้องผ่านการตรวจสุขภาพอนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. และ  
คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้กำหนดสถานพยาบาลที่ทำการตรวจสุขภาพอนามัย  
หลักเกณฑ์ ข้อพึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย แบบฟอร์ม ค่าตรวจร่างกาย ฯลฯ นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้มีมติเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการตรวจ  
สุขภาพร่างกายเป็นดังนี้

1. กำหนดให้ตรวจสุขภาพร่างกาย ณ โรงพยาบาลศิริราชเช่นเดิม  
ส่วน “การตรวจสุขภาพจิต” ให้เปลี่ยนเป็นคำว่า “การตรวจทางจิตวิทยา” โดยอาจขอเข้ารับ  
การตรวจได้จากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ดังนี้

1.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (เฉพาะวันศุกร์

เวลา 13.30 น. – 16.30 น.)

/12สถาบัน...

1.2 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (เฉพาะวันพฤหัสบดี เวลา 13.30 น.–16.30 น.)

1.3 โรงพยาบาลศรีธัญญา (เฉพาะวันพุธ เวลา 13.30 น.–16.30 น.)

2. หากไม่แยกตรวจสุขภาพร่างกายและทางด้านจิตวิทยาตามข้อ 1 อาจขอเข้ารับ การตรวจสุขภาพร่างกายและตรวจทางด้านจิตวิทยาในคราวเดียวกัน ณ โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (ตำบลคลอง 1 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี) สำหรับ ใน ส่วนภูมิภาค ให้ดำเนินการตรวจสุขภาพร่างกายและทางจิตวิทยาในคราวเดียวกัน โดย ขอรับการตรวจจากสถานพยาบาล ดังนี้

2.1 ภาคเหนือ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2.3 ภาคใต้ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. อัตราค่าตรวจสุขภาพร่างกายและทางจิตวิทยา ปรับจาก 1,190 บาท เป็น 2,000 บาท (ค่าตรวจสุขภาพร่างกาย 1,700 บาท และค่าตรวจทางจิตวิทยา 300 บาท)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ต่อไปด้วย ทั้งนี้ ได้แจ้งให้กรมและจังหวัดทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) ปรีชา วัชรากัย

(นายปรีชา วัชรากัย)

เลขาธิการ ก.พ.

สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน  
กลุ่มการศึกษาและฝึกอบรมในต่างประเทศ  
โทร. 0 2281 9453  
โทรสาร 0 2280 3334, 0 2628 6202

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวธนิศา เตชะโชควิวัฒน์)

เจ้าหน้าที่การศึกษา 8 ว

**คำแนะนำสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะไปรับการตรวจสุขภาพอนามัย  
จากคณะกรรมการแพทย์ ของ ก.พ. เพื่อไปศึกษาต่างประเทศ**

นักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะขอรับการตรวจสุขภาพและอนามัย ให้ขอหนังสือส่งตัวจากสำนักงาน ก.พ. หรือส่วนราชการเจ้าสังกัด เพื่อไปรับการตรวจสุขภาพและอนามัยจากสถานพยาบาล คือ โรงพยาบาลศิริราช และ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ หรือโรงพยาบาล-ศรีธัญญา หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทั้งนี้ **ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 เป็นต้นไป**

สถานที่และเวลาตรวจ	รายการที่ตรวจ	ค่าธรรมเนียม	หมายเหตุ
<b>1. โรงพยาบาลศิริราช</b> ดึกผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ห้อง 433 เวลา 7.30-8.45 น. โทร. 0 2419 7387 0 2419 7392	<b>1. ตรวจสุขภาพร่างกาย</b> 1.1 ตรวจเลือด 1.2. ตรวจปัสสาวะ 1.3. ตรวจอุจจาระ 1.4 เอกซเรย์ทรวงอก 1.5 ตรวจตา หู คอ จมูก 1.6 ตรวจร่างกาย	1. ชำระค่าธรรมเนียมการตรวจสุขภาพร่างกาย ณ โรงพยาบาลศิริราช ในอัตรา 1,700 บาท (หนึ่งพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) 2. ชำระค่าทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศิริราช ในอัตรา 20 บาท (ยี่สิบบาทถ้วน) ● ชำระค่าธรรมเนียมการตรวจทางจิตวิทยา ในอัตรา 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)	- งดอาหารและเครื่องดื่มหลัง 20.00 น. คืนก่อนวันตรวจเลือด - เมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว นักเรียนจะได้รับผลการตรวจจากศิริราช-พยาบาล ภายใน 2 วันทำการ - กรณีที่แพทย์กำหนดให้ตรวจเพิ่มเติม อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม
<b>2. บริการตรวจทางจิตวิทยา</b> <b>ติดต่อขอรับการตรวจจากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ดังนี้</b> ● สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตึก 100 ปี (บริการเฉพาะวันศุกร์) เวลา 13.30-16.30 น. โปรดไปตั้งแต่เวลา <b>12.30 น.</b> โทร. 0 2437 0200-8 ต่อ 4208 ● โรงพยาบาลศรีธัญญา ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี (บริการเฉพาะวันพุธ) เวลา 13.30 -16.30 น. โทร. 0 2525 0981-5 ต่อ 1747 ● สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ถ.พุทธมณฑลสาย 4 เขตทวีวัฒนา กทม. (บริการเฉพาะวันพฤหัสบดี) โทร. 0 2889 9066-7 ต่อ 1308	<b>2. ตรวจทางจิตวิทยา</b>	● การตรวจทางจิตวิทยาเมื่อทำการตรวจแล้วขอรับผลจากสถานพยาบาลได้โดยตรง เพื่อนำส่งสำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง	
<b>1. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์-เฉลิมพระเกียรติ (ต.คลอง 1 อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี) แผนกเวชระเบียน โทร. 0 2926 9999 ต่อ 9862, 9879 หรือ 9881</b>	<b>3. ตรวจสุขภาพร่างกาย (ตรวจตามรายการข้อ 1.1-1.6) และตรวจทางจิตวิทยา</b>	<b>*ค่าตรวจสุขภาพ ทั้งร่างกายและทางจิตวิทยา รวมในอัตรา 2,000 บาท</b>	● งดอาหารและเครื่องดื่มหลัง 20.00 น. คืนก่อนตรวจเลือด และขอรับผลการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลเพื่อนำส่งสำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง

## หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสอบสภาพร่างกาย

1. ผู้ที่ไปตรวจสุขภาพร่างกายโปรดไปพบเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศิริราช ที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ห้อง 433 เวลา 7.30 – 8.45 น. หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่แผนกเวชระเบียน (สำหรับส่วนภูมิภาคโปรดติดต่อกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา โดยตรง)
2. ให้ใส่หูจากระในภาษาขณะที่ได้รับจากสำนักงาน ก.พ. สำหรับปีสสาวะให้ไปถ่ายเพื่อตรวจ ณ สถานที่ตรวจ
3. ในการตรวจร่างกาย ขอให้สวมเสื้อหลวมๆ แขนสั้นผ่าหน้า สุภาพสตรีกรุณาใส่เสื้อและกระโปรง คนละท่อน เพื่อสะดวกในการตรวจปอดและหัวใจ เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ และควรพร้อมที่จะให้ตรวจหน้าท้องเพื่อคลำตับ ม้าม หรือก้อนทุม อื่นใดถ้ามีในช่องท้อง และไม่ควรสวมถุงเท้ายาวมาก เพราะจะทำให้ลำบากในการตรวจ
4. ในการตรวจร่างกายสุภาพสตรีทุกครั้ง จะมีพยาบาลหรือผู้ช่วยที่เป็นสตรีคอยช่วยเหลืออยู่ด้วย เพื่อป้องกันข้อครหา
5. ผู้ที่สอบรับทุนเล่าเรียนหลวง ทุนรัฐบาล หรือทุนอื่นใด คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาคัดเลือก แต่เฉพาะผู้ที่มีสุขภาพและอนามัยดีเยี่ยม อันจะไม่ใช่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือดูงาน ไม่เป็นภาระต่อเจ้าของทุนในการที่จะต้องให้การรักษายาบาลในต่างประเทศ เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และสามารถจะกลับมาประกอบวิชาชีพ หรือราชการได้เต็มที่
6. โรคที่คณะกรรมการแพทย์ฯ ไม่ผ่านให้หรือจะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ
  - โรคเรื้อนชนิดระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ
  - มะเร็งในไตที่หนึ่ง
  - โรคไตที่พบไข่ขาวในปัสสาวะ และมี Creatinine สูง
  - ความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มม.ปรอท เมื่อมี albuminuria และ creatinine สูง (หากไม่พบสิ่งเหล่านี้กรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาเป็นรายๆ ไป)
  - โรคเลือดที่ร้ายแรง
  - โรคเบาหวาน
  - โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดอันตราย
  - ตับหรือม้ามโตผิดปกติ
  - โรคหืดที่เป็นอย่างรุนแรง และตรวจพบอาการแสดงชัดเจน
  - โรคหัวใจชนิด Organic หรือที่มีอาการ หรือไม่ผ่านการทดสอบ
  - Rheumatoid arthritis
  - ความพิการของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จะโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุตลอดจนการใช้อวัยวะเทียมที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา จะได้แยกพิจารณาเป็นรายๆ ไป
  - คอพอกเป็นพิษ

- วัณโรคปอดระยะ active และวัณโรคที่ส่วนอื่นๆ ของร่างกาย อาศัยหลักพิจารณาตาม Manual for Medical Examination of Aliens, U.S., DPT of Health, Education and Welfare ผู้ที่เคยสงสัยว่าเป็นวัณโรค ต้องนำประวัติการตรวจและรักษาจากแพทย์ผู้รักษา และ फिल्म X-ray แต่เดิมทั้งหมดมาให้พิจารณาด้วย ผู้ที่อาจจะได้รับการพิจารณาให้ผ่านได้จะต้องมี फिल्म X-ray ปอด (ขนาดใหญ่) ถ่ายทุก 3 เดือน และมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือ 12 เดือน ภายหลังที่ได้รับการรักษาโดยถูกต้อง และหยุดการรักษาแล้ว และควรมีผลการตรวจเสมหะไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง หรือการตรวจโดยวิธีอื่นๆ ด้วยถ้ามี
  - โรคอื่นใดที่คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาและแจ้งให้ทราบเป็นคราวๆ ไป เมื่อตรวจพบ
7. โรคที่ต้องรักษาให้หายเสียก่อน เช่น
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่อยู่ในระยะติดต่อ (เช่น หนองใน ซิฟิลิส)
  - ผลการตรวจโลหิต หาก VDRL ให้ผลบวกต้องได้รับการรักษาก่อน
  - โรคทางจิตเวชตามการพิจารณาของจิตแพทย์
  - บิด พยาธิปากขอ และพยาธิอื่นๆ
  - โรคผิวหนังบางชนิด เช่น กลากบริเวณขาหนีบ หรือที่อื่นใด
  - โรคอื่นๆ ให้อยู่ในดุลยพินิจของกรรมการแพทย์ฯ ผู้ตรวจที่จะพิจารณาว่าต้องรักษาให้หายเสียก่อนหรือไม่ หรือจะต้องนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมของคณะกรรมการแพทย์ฯ
8. โรคและอาการเหล่านี้ให้ผ่าน และแจ้งให้ ก.พ. รับทราบด้วยว่าผู้สมัครมีอยู่
- โรคของหู เช่น หูน้ำหนวก ฯลฯ
  - ตาบอดหรือเหล่ ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง
  - หัวใจมี ectopic beats หรือ paroxysmal arrhythmia โดยไม่มี organic heart disease
  - ฟันผุยังไม่ได้ทำการรักษา
  - ต่อมทอนซิลโต
  - โรคจุก หรือไซนัส
9. หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือบุตรคนแรกอายุยังไม่ครบ 6 เดือน โดยไม่มีสามีไปพร้อมกันด้วย แนะนำว่ายังไม่ควรไปต่างประเทศ
10. ระยะเวลาในการตรวจซ้ำภายใน 1 ปี

**หมายเหตุ** แก้ไขเพิ่มเติมเดือนธันวาคม 2548

\*\*\*\*\*

**MEDICAL CERTIFICATE**



Place of Examination: .....

Date of Examination: .....

I certify that the above date I examined

Name:.....Age.....Sex  M  F

Date of Birth:.....Marital Status  M  S

Home Address: .....

.....

I examined specifically for evidence of any of the following items:

**A. MEDICAL HISTORY**

Have you ever in your life, including childhood, any of the following:-

<u>Yes</u>	<u>No</u>		<u>detailed information</u>
----	----	Asthma	.....
----	----	Hypertension	.....
----	----	Hemoptysis	.....
----	----	Heart diseases	.....
----	----	Diabetes mellitus	.....
----	----	Jaundice	.....
----	----	Epilepsy	.....
----	----	Edema	.....
----	----	Otorrhea	.....
----	----	Hernia	.....
----	----	Hemorrhoid	.....
----	----	Accidents	.....
----	----	Fracture	.....
----	----	Surgical operation.....	.....
----	----	Alcohol consumption.....	.....

Your L.M.P. ....

I certify that the above answers are true and complete, I am aware that any falsification or omission of fact result in my immediate discharge from the scholarship programme.

.....  
(.....) Examinee

**B. PHYSICAL EXAMINATION**

(to be filled in by physician)

**HEIGHT** ..... **cm**  
**WEIGHT** ..... **kg**  
**BLOOD PRESSURE** ...../..... **mmHg**  
**PULSE RATE** ..... **per min**

	<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>	<b>Detected Abnormalities</b>
<b>GENERAL APPERANCE</b>	_____	_____	.....
<b>SKIN</b>	_____	_____	.....
<b>SCALP</b>	_____	_____	.....
<b>LYMPH NODES</b>	_____	_____	.....
<b>EYES</b>			
<i>VISION -WITH GLASSES</i>			
<i>RIGHT EYE</i>	_____	_____	.....
<i>LEFT EYE</i>	_____	_____	.....
<i>COLOR BLINDNESS</i>	_____	_____	.....
<i>TRACHOMA</i>	_____	_____	.....
<b>EARS</b>	_____	_____	.....
<i>OTOSCOPIC EXAM.</i>	_____	_____	.....
<b>NOSE</b>	_____	_____	.....
<b>PHARYNX &amp; TONSILS</b>	_____	_____	.....
<b>TEETH</b>	_____	_____	.....
<b>THYROID GLAND</b>	_____	_____	.....
<b>LUNGS</b>	_____	_____	.....
<b>HEART</b>	_____	_____	.....
<b>ABDOMEN</b>	_____	_____	.....
<b>LIVER/SPLEEN</b>	_____	_____	.....
<b>HERNIA</b>	_____	_____	.....
<b>EXTERNAL GENITALIA</b>	_____	_____	.....
<i>ULCER</i>	_____	_____	.....
<b>ANUS</b>	_____	_____	.....
<b>VERTEBRAE</b>	_____	_____	.....
<b>LOCOMOTOR/SENSATION</b>	_____	_____	.....
<b>REFLEXES</b>	_____	_____	.....
<b>OTHERS</b>	.....	.....	.....

.....**Examiner**

**C. LABORATORY EXAMINATION**

**1. BLOOD EXAMINATION**

**BLOOD GROUP** .....

**HEMOGLOBIN** ..... Gm%

**HEMATOCRIT** ..... %

**BLOOD FILM**

**MALARIA** \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**MICROFILARIA** \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

(For clinical Suspected case only)

**WBC** ..... % CELLS/cu.mm.

**PMN** ..... %

**LYMPH** ..... %

**MONO** ..... %

**EOS** ..... %

**BASO** ..... %

**OTHERS** ..... %

**2. SEROLOGICAL TEST**

**VDRL** \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**3. URINE/URETHRAL EXAMINATION**

**URINALYSIS**

**COLOR** .....

**SP. GRAVITY** .....

**pH** .....

**SUGAR** .....

**ALBUMIN** .....

**BLOOD** .....

**BACTERIA** .....

**OTHERS** .....

**MICROSCOPIC EXAM.** .....

**URINE PREGNANCY TEST**

(FOR FERMALE ONLY) \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**URINE EMIT TEST (opiate, amphetamine, marijuana)**

\_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**URETHRAL DISCHARGE SWAB MICROSCOPIC EXAM.**

(FOR CLINICAL SUSPECTED CASE ONLY)

**FINDINGS** .....



**4. BIOCHEMICAL ANALYSIS**

CREATININE .....  
FBS .....  
CHOLESTEROL .....  
TRIGLYCERIDE .....

**5. STOOL EXAMINATION**

**PARASITES**

E. HISTOLYTICA      \_\_\_\_\_NEGATIVE      \_\_\_\_\_ POSITIVE  
OTHERS .....

**6. CHEST X-RAY**

FINDINGS .....  
.....

**7. OTHER EXAMINATION**

**(SUGGESTED BY CLINICAL EXAM PHYSICIAN)**

.....  
.....  
.....



PLACE OF EXAMINATION: .....

DATE OF EXAMINATION: .....

EXAMINER'S NAME : .....

EXAMINEE'S NAME .....

**I hereby certify that the examinee is**

\_\_\_\_\_ **physical ready for study abroad.**

\_\_\_\_\_ **physically not ready for study abroad.**

.....  
SINGATURE OF MEDICAL  
COMMITTEE

.....  
TITLE

.....  
DATE

# PSYCHIATRIC EXAMINATION

(เฉพาะกรณีที่ต้องได้รับการตรวจจากจิตแพทย์)

## D. MENTAL CONDITION

PLACE OF EXAMINATION.....

DATE OF EXAMINATION.....

PSYCHIATRIST'S NAME .....

PSYCHOLOGIST'S NAME .....

EXAMINEE'S NAME .....

### 1. PSYCHIATRIC EXAMINATION (interviewed by psychiatrist)

FINDINGS: .....  
.....  
.....

### 2. PSYCHOLOGICAL TESTING (administered and interpreted by psychologist)

NAME OF TESTS PERFORMED: .....

FINDINGS: .....  
.....  
.....

My examination in mental condition revealed:

\_\_\_\_\_ normal

\_\_\_\_\_ abnormal as follows

\_\_\_\_\_ MENTAL DISORDER (S)  
(PLEASE SPECIFY).....  
.....  
.....

I hereby certify that the examinee is

\_\_\_\_\_ mentally ready to study abroad.

\_\_\_\_\_ mentally not ready to study abroad.

.....  
Signature of Psychiatrist ..... Date

.....  
Signature of Psychologist ..... Date

# Mental Health Examination

Examinee's Name.....

## Psychological Assessment

Results

1) MMPI

Within Normal Range

High score in.....

.....  
.....

2) RORSCHACH  Response within normal range

Response indicate.....

.....  
.....

## Conclusion:

I hereby certify that the examinee has

low risk of significant psychological problem.

high risk of significant psychological problem.

Clinical Psychologist's Name:.....

License Number: .....

Organization of Affiliation: .....

Signature: .....

Date:.....

หน่วยงานให้บริการการตรวจทางจิตวิทยาแก่นักเรียนและข้าราชการ  
ซึ่งไปศึกษาต่อต่างประเทศ

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| ๑. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา | ให้บริการวันศุกร์ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น.    |
| ๒. โรงพยาบาลศรีธัญญา                 | ให้บริการวันพุธ เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น.      |
| ๓. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์          | ให้บริการวันพฤหัสบดี เวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๓๐ น. |

สถานที่ตั้ง

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| ๑. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา | ๑๑๒ ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน<br>กรุงเทพมหานคร<br>๑๐๖๐๐<br>ผู้ประสาน นายธนพงษ์ ขวัญคง<br>โทร. ๐ ๒๔๓๗ ๐๒๐๐-๘ ต่อ ๔๒๑๗, ๔๒๐๘                             |
| ๒. โรงพยาบาลศรีธัญญา                 | ๔๗ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ<br>อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี<br>๑๑๐๐๐<br>ผู้ประสาน นางศศิธร กระจตะศิลาปิน<br>โทร. ๐ ๒๕๒๕ ๐๙๘๑-๕ ต่อ ๑๗๔๗             |
| ๓. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์          | ๒๓/๘ หมู่ ๘ ถนนพุทธมณฑล สาย ๔<br>แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา<br>กรุงเทพมหานคร<br>๑๐๑๗๐<br>ผู้ประสาน นางวัลลีย์ ธรรมโกสิทธิ์<br>โทร. ๐ ๒๘๘๙ ๙๐๖๖-๗ ต่อ ๑๓๐๘ |