



แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุนายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า

" NO " หรือ " - " แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

Patient's name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Years Sex  M  F  
 H.N. \_\_\_\_\_ A.N. \_\_\_\_\_ V.N. \_\_\_\_\_ X.N. \_\_\_\_\_  
 Date Admitted: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM. Date Discharged: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM.

Chief Complaint \_\_\_\_\_

1. Date of accident (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM. Cause of accident \_\_\_\_\_

2. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_

3. Hospitalization needed? ( ) No ( ) Yes, specify indication \_\_\_\_\_

4. Diagnosis 1 \_\_\_\_\_ Diagnosis 2 \_\_\_\_\_  
 Clinical finding (symptoms & signs) \_\_\_\_\_

5. Did the patient referred to you or your hospital by another physician? ( ) No ( ) Yes (Please specify): \_\_\_\_\_

6. Diagnosis illness: 1 \_\_\_\_\_ stage \_\_\_\_\_ (ICD10) \_\_\_\_\_

Diagnosis illness: 1 \_\_\_\_\_ stage \_\_\_\_\_ (ICD10) \_\_\_\_\_

Underlying cause(s) or condition(s): \_\_\_\_\_

7. Investigations result: Lab: \_\_\_\_\_

X-Ray: \_\_\_\_\_ (CT / MRI done ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_

Pathology Report (Original attach): \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

8. Anti-HIV test:  Not done  Negative  Positive, Date of examination: \_\_\_\_\_

9. Treatment given (Please specify): \_\_\_\_\_

Medicine \_\_\_\_\_ Discharged medicine \_\_\_\_\_ Operation \_\_\_\_\_

ICD9 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Surgeon \_\_\_\_\_ Specialty \_\_\_\_\_

10. Complications(if any): \_\_\_\_\_

Other coincidental conditions found: \_\_\_\_\_

11. Result of treatment:  Complete recovery  Remission and relapse  Chronic  Possible recurrence  Other \_\_\_\_\_

12. Prognosis:  Excellent  Good  Fair  Poor Need follow up \_\_\_\_\_

13. Was the injury / illness contributed to / or influenced:  Physical defects/congenital anomaly  Unfavorable past Medical history

Degenerative change(s)  A family history that increased the probability or severity of this disease  Alcohol or Drug Abuse

14. For female patient only, is she pregnant? ( ) No ( ) Yes, estimated gestation period \_\_\_\_\_ weeks

Past medical history (Please specify)

Date	Symptom / Diagnosis	Treatment	Duration	Attending Doctor

**To be completed by Attending Physician**

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature: \_\_\_\_\_ Medical speciality \_\_\_\_\_ Medical license no: \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) Telephone No \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Hospital/Official Stamp \_\_\_\_\_

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจำต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง