

ใบรายงานแพทย์

1. ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
2. วันที่เสียชีวิต..... เวลา น. สถานที่เสียชีวิต.....
 - 2.1 สาเหตุการเสียชีวิต.....
 - 2.2 สาเหตุนำ.....
 - 2.3 สาเหตุแทรกซ้อน.....
3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา วันที่เข้ารับรักษา วันที่ออกจาก ร.พ.....
เลขที่บัตรผู้ป่วยทั่วไป (H.N.) เลขที่บัตรผู้ป่วยใน(A.N.).....
4. ป่วยด้วยโรคนี้มานานเท่าใด.....
ผู้ตายเคยมีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลนี้หรือที่อื่นหรือไม่ (โปรดระบุ) :

วัน/เดือน/ปี	การวินิจฉัยโรค	การรักษา	สถานที่รักษา
.....
.....
5. จากการชันสูตรพลิกศพ (กรณีมีการชันสูตรพลิกศพ) ท่านมีความเห็นว่าผู้ตาย
ตายด้วยสาเหตุใด.....
 - 5.1 มีการตรวจหรือชันสูตรพลิกศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่ (Autopsy) () มี () ไม่มี
โปรดระบุสถานที่ทำการตรวจศพ.....
 - 5.2 มีการตรวจแอลกอฮอล์ ในกระแสเลือดหรือไม่ () มี () ไม่มี
โปรดระบุผลการตรวจ(mg %)
 - 5.3 มีการตรวจหายาเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ () มี () ไม่มี
6. สาเหตุที่ทำให้ตาย สืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติด หรือไม่
7. ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนหรือไม่ () มี () ไม่มี ถ้ามีโปรดระบุ.....
8. ตามทัศนะของท่าน เชื่อว่าการตายนี้เป็นการฆาตกรรม/อัตวินิบาตกรรม/อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย
.....
.....
9. ความเห็นอื่น ๆ
.....
.....

ลงชื่อแพทย์
(.....)
คุณวุฒิ.....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
ที่อยู่ โทร.....
วันที่.....

ประทับตรา (สถานพยาบาล)
(บริษัทจะไม่รับผิดชอบถึงค่าใช้จ่ายในการให้ได้มาซึ่งเอกสารฉบับนี้)