

ใบแสดงความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา

(แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกใบแสดงความเห็นนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ โดยบริษัทจะไม่รับผิดชอบถึงค่าใช้จ่ายในการให้ได้ว่าซึ่งเอกสารนี้)

1. ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
Patient's name and surname Age Years

2. เลขที่บัตรประจำตัว..... [] ประชาชน [] ข้าราชการ [] อื่นๆ.....
ID Card No. Citizen Official Other

HN. AN. XN.

3. วันที่มารับการรักษา (Date of hospital attending)

ก.ผู้ป่วยนอก วันที่..... เวลา น. ถึงวันที่..... เวลา น.
Out Patient Date Time AM /PM To Date Time AM //PM

ข.ผู้ป่วยใน วันที่..... เวลา น. ถึงวันที่..... เวลา..... น.
In Patient Date Time AM /PM To Date Time AM/ PM

4. สาเหตุการบาดเจ็บ (Cause of injury).....

5. การเข้ารับการรักษาครั้งนี้ มีเหตุมาจากโรคภัยใดหรือไม่ ถ้าได้โปรดระบุโรค
Is it possible that the Injury was due to any underlying disease, If so please indicate

6. วันที่เกิดเหตุ เวลา น.
Date of accident Time AM/PM

7. รายละเอียดการบาดเจ็บ (โปรดแจ้งลักษณะบาดแผล-อวัยวะที่บาดเจ็บ)

Details of injury (Please specify wound and Injured organs)

8. ผลการวินิจฉัย (Diagnosis)

9. รายละเอียดการรักษา (Details of treatment).....

10. ได้รับการรักษามาก่อนแล้วหรือไม่ (โปรดแจ้งสถานพยาบาล)

Had any previous treatment (Please specify name of hospital/clinic)

11. มารับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อ อาการปัจจุบันเทียบกับครั้งก่อน.....
Date of lastreatment ? Present Injury

12. ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ (Is the patient pregnant ?)

13. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ และ/หรือ โรคแทรกซ้อนหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง) Is there other diseases and/or complications (Please specify)

14. ความเห็นอื่น ๆ (Other comments)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
() Attending Physician Thailand's medical registration No

วุฒิ (Qualification) วันที่ (Date)/...../.....

สำนักงาน (Office Address) โทร. (Tel.)

ประทับตรา (สถานพยาบาล)

Hospital stamp