



## รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... ID Card No 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sex :  Male  Female H.N.# ..... A.N.# ..... X.N.# .....

Consultation Date.....(OPD case) or Admission Date ..... Time ..... Discharge Date ..... Time.....

**For illness :**

1. Date you first saw this patient for this illness ?.....
2. Chief complaint and duration of symptoms .....
3. In your opinion, how long should these symptoms persist for this illness.....

**For Injury:**

1. Date & Time of injury..... Date & Time you first saw this patient.....
2. Cause of injury.....
3. (Did you smell alcohol from the patient) ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่  No  Yes  Not known  
 Level of consciousness  Normal  Confusion  Drowsiness  Semi-coma  Coma  
 (Did the patient take any medication, drugs?) ผู้ป่วยกินยามาหรือไม่  No  Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา.....)  Not known

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) / nature of wound and injured organs.....

Past History / Underlying diseases.....

Investigations.....

Diagnosis 1..... ICD10 ..... Diagnosis 2..... ICD10 .....

Diagnosis 3..... ICD10 ..... Diagnosis 4..... ICD10 .....

Treatment.....

Surgery/Operation..... ICD-9CM or 10TM..... Date performed.....

Anesthesia type :  GA  LA ..... Pathology report.....

Result / Complications.....

Is the illness related to alcohol , drug abuse or addiction ?  No  Yes .....

**For Female :** Was the patient pregnant at the time of treatment?  No  Yes .....wks (LMP.....)

Was the treatment related to infertility ?  No  Yes .....

**HIV test**  Not done  Done Result .....

Has the patient ever been treated by other doctors before?  No  Yes, please give name and address.....

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (e.g. Pre-existing weakness or extened period of disability)?

- a) Physical defects/congenital anomaly  No  Yes
- b) Unfavorable past medical history  No  Yes
- c) Degenerative change (s)  No  Yes
- d) A family history that increased the probability or severity of this disease  No  Yes
- e) Doctor's advice to have periodic " **Medical Screening** " for this disease of increased risk ?  No  Yes

If the answer is " **yes** " , please specify .....

Other past medical history :

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Doctor / Hospital's Name

Other comments about the injury / illness.....

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.

Name of physician..... Specialty..... License No.....

Hospital Name..... Address..... Telephone No.....

Signature..... Date .....

(.....)

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง