

ใบรับรองแพทย์

บริษัทฯจะไม่รับผิดชอบถึงค่าใช้จ่ายในการให้ได้มาซึ่งเอกสารนี้

สถานพยาบาล.....

วันที่/เดือน/ปี.....

ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

ที่อยู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย ชื่อ/สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

HOSPITAL NO.....ADMISSION NO.....ปรากฏว่า

1. อุบัติเหตุ เกิดขึ้นเมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....เวลา.....น.

2. มารับการรักษาเมื่อใด.....

3. ได้รับการรักษาจากที่อื่นมาแล้ว ไชหรือไม่
ครั้งนี้ เป็นการรักษาต่อเนื่อง ไชหรือไม่ (ถ้าใช่ โปรดระบุรายละเอียด).....

4. มีอาการบาดเจ็บ-ส่วนใดของร่างกาย.....

5. รายละเอียดการบาดเจ็บ (เช่น กระดูกหัก ฟกช้ำ ลักษณะบาดแผล).....

6. เกิดจากอุบัติเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ ระบุลักษณะการเกิดเหตุ).....

เป็นการบาดเจ็บจากการทะเลาะวิวาท หรือถูกทำร้ายร่างกาย ไชหรือไม่.....
เกิดเนื่องมาจาก การตั้งครุฑ ครอบคบุตร แท่งบุตร หรือความยุ่งยากอื่นใดอันเนื่องมาจากการตั้งครุฑ ไชหรือไม่.....

7. การวินิจฉัยโรค (DIAGNOSIS).....

8. ได้รับการรักษาโดยวิธีใด(เช่น เย็บแผล ใส่เฝือก ฟันยา ถ้ำผ่าตัด โปรดแจ้งรายละเอียด).....

9. โปรดระบุ การตรวจวิเคราะห์ทางห้องทดลอง การเอกซเรย์ และผลของการตรวจ.....

มีการตรวจ HIV หรือไม่ผลการตรวจ.....

10. การตรวจวิเคราะห์ในข้อ 9. สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ไชหรือไม่.....

11. ขณะนี้มีโรคแทรกซ้อนและการรักษาโรคแทรกซ้อนอยู่หรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้ง.....

12. ก) ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล รวม.....วัน ตั้งแต่.....ถึง.....

ข) ระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวนอก รพ.....วัน ตั้งแต่.....ถึง.....

13. หากได้รับการรักษาแล้วจะทุพพลภาพโดยถาวรหรือไม่.....

ก) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพโดยสิ้นเชิง ตั้งแต่.....ถึง.....

ข) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพโดยบางส่วน ตั้งแต่.....ถึง.....

14. ผู้ป่วยมีโรคอื่นอยู่แล้วหรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้ง.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

วุฒิ.....

ที่อยู่.....

โทร.....