



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

411 อาคาร U-TOWER ชั้น 4-5 ถนนศรีนครินทร์ แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250

โทร.0-2731-7799 โทรสาร.0-2731-7727-28 website : http://www.ulife.in.th e-mail address : saha@sahalife.co.th

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

สม. 1-42

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name.....Age..... years Sex : male female

ID No.....H.N.#.....A.N.#.....X.N.#.....

Date admitted ICUTime.....Date discharged ICU.....Time.....

Date admitted.....Time.....Date discharged.....Time.....Recovery period.....hrs/day

1. CHIEF COMPLAINT:

2. FOR ILLNESS

A.How long had the patient experienced the symptoms ?days / weeks / years.

B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation ?days / weeks / years.

C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital ? No Yes

3. FOR ACCIDENT

A. Date & time of accident : Date : Time :

B. Cause of accident :

C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital ? No Yes

4. Date first saw the patient for this illness / injury :

5. (a) Present illness/ Details of injury :

(b) Pertinent clinical finding (symptoms & signs).....

6. (a) Pertinent lab / Investigations :

(b) CT or MRI Done No Yes, Reason.....

(c) HIV Test Done No Yes, result.....

7. Diagnosis 1.ICD 10 Diagnosis 2.....ICD 10

Diagnosis 3ICD 10 Diagnosis 4ICD 10

(Including principle underlying condition and complication)

8. (a) Treatments (Including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) :

.....

.....

(b) Operation :ICD 9 Pathology report :

Surgeon' s Name :Specialty : Date performed :

(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes , please give detail

.....

9. (a) Result of Treatment : Good Fair Poor

(b) Possibility of recurrence ? Yes No

10. (a) Date of the last treatment / Follow up :

(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination ?

11. Was the patient referred to you by other physician (s) ? Yes No

Doctor :Clinic / Hospital :

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg. Pre-existing weakness or extended 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 because of increased risk? No Yes

(f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes" , please specify :

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital'sName

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes.....Week (LMP:.....)

: Was the treatment relate to infertility ? No Yes.....

15. 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.....TEL No.....

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

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำผิดทาง
อาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และ
อีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทน