(ปช.17)

Thai Life Insurance Company Limited

123 RATCHADAPHISEK ROAD, DINDAENG, BANGKOK 10400, THAILAND
TEL. 0 2247 0247 FAX. 0 2246 9946 www.thailife.com

ใบรับรองแพทย์
(Attending Physician Summary)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name : ..... ID No ..... Age ..... years Sex : ○ Male ○ Female

Date of hospital attending ..... Time ..... H.N. ..... X.N. .....

Date Admitted ..... Time ..... Date Discharged ..... Time ..... A.N. .....

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, Indication .....

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 illness / injury : .....

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

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

6. (a) Pertinent lab / investigations : .....

(b) HIV Test : ○ No ○ Yes, result .....

7. Diagnosis1 ..... ICD10 ☐☐☐☐☐ Diagnosis2 ..... ICD10 ☐☐☐☐☐

Diagnosis3 ..... ICD10 ☐☐☐☐☐ Diagnosis4 ..... ICD10 ☐☐☐☐☐

(including principle underlying condition and complication)

8. (a) Treatments (including number of stitches, madication given, physiotherapy, etc.) : .....

.....

(b) Operation : ..... ICD9 ☐☐☐☐☐ 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 consultation / 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's Name

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment ? ○ No ○ Yes ..... weeks (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. ..... Signature .....

Hospital Name ..... Address ..... TEL No ..... Date .....

ข้อควรทราบ : ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จโดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสตหนึ่ง