



Thai Life Insurance Public Company Limited  
123 Ratchadaphisek Road, Din Daeng, Bangkok 10400, Thailand  
Tel: +66 2247 0247 Fax: +66 2246 9946  
www.thailife.com Registration No. 0107555000104

ปช.17  
ใบรับรองแพทย์

ATTENDING PHYSICIAN SUMMARY

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name: ..... ID. No ..... Age..... ( ) Male ( ) Female  
Admission Date ..... Time ..... Discharge Date ..... Time ..... HN. .... AN. ....

Chief Complaint and Duration of symptoms: .....

For Illness : 1. Date you first saw this patient for this illness: .....  
2. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness: .....  
3. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? ( ) No ( ) Yes, Indication.....

For Injury : 1. Date & Time of injury ..... Date & Time you first saw this patient.....  
2. Cause of injury .....  
Nature of wound and injured organs .....  
3. Did you smell alcohol from the patient? ( ) No ( ) Yes ( ) Not know  
Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion ( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma  
Did the patient take any medication, drugs? ( ) No ( ) Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา)..... ( ) Not know

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs).....  
Underlying disease .....  
Investigation / Pathological studies.....

Diagnosis 1. .... ICD10-TM .....  
Diagnosis 2. .... ICD10-TM .....  
Diagnosis 3. .... ICD10-TM .....

Treatment .....  
Surgery/Operation ..... Date..... ICD10-TM/ICD9-CM .....  
Surgeon's Name..... Result / Complications .....

Pathology report .....  
HIV ( ) Not done ( ) Done ( ) Result .....

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (eq. Pre-existing weakness or extended period of disability)?  
1. Physical defects / congenital anomaly ( ) No ( ) Yes,..... ( ) Not know  
2. Degenerative change(s) ( ) No ( ) Yes,..... ( ) Not know  
3. Alcohol or drugs or addiction ( ) No ( ) Yes,..... ( ) Not know

For Female : Is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes, gestational age..... Wks  
Was the treatment related to infertility? ( ) No ( ) Yes, .....

Has patient ever been treated by other doctor before? ( ) No ( ) Yes, please give name and address .....

Past History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

Any other comments /appointment/working leave/rest .....

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.  
Physician's Name..... Specialty ..... License No. .... Signature.....  
Hospital Name ..... Address ..... Tel No. .... Date.....

ข้อควรทราบ : ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพ ทำการรับรองเป็นเอกสารอื่นเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้มีกระทำความผิดทางอาญาดำเนินการตามกฎหมาย ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง