



รายงานทางการแพทย์
MEDICAL REPORT

รายงานทางการแพทย์นี้ต้องกรอกข้อมูลโดยแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องจากแพทยสภาและได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
โดยผู้ออกรายงานเป็นผู้นับถือค่าใช้จ่าย/ค่าธรรมเนียมในการออกเอกสารรายงานทางการแพทย์

This report shall be completed by registered/licensed physician. The insured shall, at his or her own expense, be responsible for any fee.

ข้อมูลผู้ป่วย

Patient's Personal Information

ชื่อ-สกุล อายุ ปี เพศ ชาย หญิง
Name-Surname Age Years Gender Male Female
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวผู้ป่วย
Identity Card No. H.N. #
เลขประจำตัวผู้ป่วยใน การรักษาแบบผู้ป่วยนอกวันที่ / /
A.N. # OPD Date
วันที่เข้าโรงพยาบาล / / เวลา วันที่ออกจากโรงพยาบาล / / เวลา
Date Admitted Time Date Discharged Time

1. อาการสำคัญ
Chief Complaint

2. กรณีเจ็บป่วย
For Illness

ผู้ป่วยมีอาการมานานเท่าใด วัน/สัปดาห์/ปี
How long had the patient experienced the symptoms? days/weeks/years.

ตามความเห็นของท่านผู้ป่วยมีอาการมานานเท่าใดก่อนมารับการรักษาครั้งนี้ วัน/สัปดาห์/ปี
How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? days/weeks/years.

ท่านได้แนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือไม่
Did you advise the patient to be admitted to the hospital?

ไม่ใช่ ใช่ ระบุข้อบ่งชี้ในการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน คือ
No Yes, indication for admission

3. กรณีอุบัติเหตุ
For Accident

วันและเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ วัน / / เวลา
Date and time of accident Date Time

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ
Cause of accident

ผู้ป่วยอยู่ภายใต้อิทธิพลของสุราหรือยาเสพติดขณะมาถึงโรงพยาบาลหรือไม่
Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?

ไม่ใช่ ใช่
No Yes

4. วันที่แพทย์พบผู้ป่วยครั้งแรกสำหรับการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ครั้งนี้ / /
Date first saw the patient for this illness/injury

5. อาการปัจจุบัน/รายละเอียดของการบาดเจ็บ
Present illness/Details of injury

อาการหรือสัญญาณที่ตรวจพบ (อาการและอาการแสดง)
Pertinent clinical findings (symptoms and signs)



6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลการตรวจต่างๆที่เกี่ยวข้อง
Pertinent lab/Investigations
- การตรวจหาเชื้อ HIV ไม่ตรวจ ตรวจ: ผล
HIV Test No Yes, result
7. การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งโรคหลัก/โรคประจำตัว/โรคแทรกซ้อน)
Diagnosis (including principle/underlying condition/complication)
1. ICD 10 2. ICD 10
3. ICD 10 4. ICD 10
8. การรักษา (จำนวนเข็มของการเย็บแผล, การให้ยา, การรักษาทางกายภาพบำบัด, อื่นๆ)
Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.)
- การผ่าตัด ICD 9 ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
Operation Pathology Report
- ศัลยแพทย์ สาขา วันที่ทำการผ่าตัด / /
Surgeon's Name Specialty Date Performed
- การวินิจฉัยโรคและการรักษาโดยแพทย์ท่านอื่นสำหรับเหตุเดียวกัน
Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion.
- ไม่มี มี โปรดระบุรายละเอียด
No Yes, please give the detail
9. ผลการรักษา ดี อาการทรงตัว ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
Result of treatment Good Fair Poor
- ความเป็นไปได้ของการเกิดโรคซ้ำ มี ไม่มี
Possibility of recurrence? Yes No
10. วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย/วันที่รับการรักษาต่อเนื่อง / /
Date of the last treatment/Follow up
- อาการของผู้ป่วย ณ วันที่มารับการรักษากับแพทย์ครั้งสุดท้าย
The patient's symptoms at the time of your last consultations/examination?
11. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากแพทย์ท่านอื่นเพื่อมารับการรักษากับท่านหรือไม่
Was the patient referred to you by other physician(s)?
- ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุรายละเอียด
No Yes, please give the detail
- ชื่อแพทย์ โรงพยาบาล/คลินิก
Physician Hospital/Clinic
12. การบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งนี้ มีส่วนมาจากหรือได้รับผลกระทบจากรายละเอียดดังต่อไปนี้หรือไม่ (เช่น การอ่อนแรงหรือความพิการต่อเนื่องก่อน
เอาประกันภัย)
Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (e.g. Pre-existing weakness or extended period of disability)?
- ความพิการแต่กำเนิด ไม่ใช่ ใช่
Physical defects/congenital anomaly No Yes
- การรักษาในอดีตซึ่งไม่เป็นไปตามคาด ไม่ใช่ ใช่
Unfavorable past medical history No Yes
- ความเสื่อมของร่างกาย ไม่ใช่ ใช่
Degenerative change(s) No Yes
- ประวัติครอบครัวซึ่งเพิ่มความน่าจะเป็นหรือความรุนแรงของโรค ไม่ใช่ ใช่
A family history that increased the probability or severity of this disease No Yes



คำแนะนำของแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองโรคดังกล่าวเนื่องจากมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

Doctor's advice to have periodic Medical Screening for this disease because of increased risk?

ไม่ใช่ ใช่
 No Yes

แอลกอฮอล์หรือยา

Alcohol or drugs

ไม่ใช่ ใช่
 No Yes

หากตอบใช่ โปรดระบุรายละเอียด

If the answer is Yes , please specify

13. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

Other past medical history

.....

14. สำหรับเพศหญิง

For Female

ผู้ป่วยตั้งครรภ์ในขณะที่การรักษาหรือไม่

Was the patient pregnant at the time of treatment?

ไม่ใช่ ใช่ สัปดาห์ (วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย)
 No Yes weeks LMP

การรักษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยากหรือไม่

Was the treatment related to infertility?

ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุรายละเอียด

No Yes, please give the detail

15. ความคิดเห็นแพทย์เพิ่มเติม

Other comments about the injury/illness

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าตรวจและรักษาผู้ป่วยประกันภัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับความบกพร่อง ความเจ็บป่วยข้างต้นและข้อความดังกล่าวเป็นความจริงตามความคิดเห็นของข้าพเจ้าที่ให้ไว้

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.

ชื่อแพทย์ สาขาเฉพาะทาง เลขที่ใบอนุญาต
 Name of Physician Specialty License No.

ชื่อโรงพยาบาล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์
 Hospital Name Address Telephone No.

(.....)

ลายเซ็นแพทย์
 Signature

...../...../.....

วัน/เดือน/ปี
 Date/Month/Year