



บริษัท แมนูไลฟ์ ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

รายงานแพทย์ (DOCTOR'S CERTIFICATE)

รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

This statement is to be completed by the doctor in attendance during the deceased's last illness or injury and each question should be fully answered.

<p>1. ก. ชื่อผู้ตาย (Name of deceased)</p> <p>ข. ที่อยู่ (Address)</p> <p>ค. อาชีพ (Occupation)</p>	<p>ก..... อายุ (Age)..... ปี</p> <p>ข.....</p> <p>ค.....</p>
<p>2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death)</p> <p>ข. สถานที่ที่ตาย (Place of death)</p>	<p>ก.....</p> <p>ข.....</p>
<p>3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital)</p> <p>หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number)</p>	<p>.....</p> <p>H.N.....</p>
<p>4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death)</p> <p>ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Interval between onset and death)</p> <p>ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)</p> <p>ง. ความบาดเจ็บ (Injuries)</p> <p>จ. สาเหตุก่อนหน้า (Antecedent cause)</p> <p>ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complications)</p> <p>ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to)</p> <p><input type="radio"/> อุบัติเหตุ <input type="radio"/> อัดวินิบาตกรรม <input type="radio"/> ฆาตกรรม โปรดอชิบาย</p> <p><input type="radio"/> Accident <input type="radio"/> Suicide or <input type="radio"/> Homicide (Describe briefly)</p> <p>ซ. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา / ยาเสพติดหรือไม่ (Did the health cause by alcoholic intoxication or narcotic drug ? YES/NO)</p>	<p>ก.....</p> <p>ข.....</p> <p>ค.....</p> <p>ง.....</p> <p>จ.....</p> <p>ฉ.....</p> <p>ช.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ซ.....</p> <p>.....</p>
<p>5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ระยะเวลาานเท่าใด (How long do you know the deceased ?)</p> <p>ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance in last illness)</p> <p>ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance in last illness)</p>	<p>ก.....</p> <p>ข.....</p> <p>ค.....</p>

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่ ? ถ้ามีผล
เป็นประการใด
(Was an inquest held or autopsy performed ? YES/NO
If so, by whom and what findings)

.....

7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปี ที่ล่วงมาหรือไม่
ถ้าเคย โปรดระบุสาเหตุ, และอาการที่ตรวจพบ
(Have you treated the deceased during the last 5 years prior to last
illness ? YES/NO)
If so, please finish cause and nature of ailments.

.....
.....
.....

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆหรือไม่ ทราบ ไม่ทราบ
ถ้าทราบ โปรดระบุ Did the deceased to you knowledge, receive treatment from any other physician, or in any hospital institution ?

YES/NO If so please furnish the following ;

วันที่ Date	อาการของโรค Nature of ailments	การวินิจฉัย Diagnosis	ชื่อ, ที่อยู่ของแพทย์ผู้ทำการรักษา Name and address of physician / hospital
.....
.....
.....

9. ความเห็นอื่นๆ
Additional comments

ลงชื่อ แพทย์ผู้ทำการรักษา
Signature
(.....)

คุณวุฒิ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์
Qualification Licence No.

ที่อยู่
Address or name of hospital

วันที่ Date/...../.....