



บริษัท คิง ไว ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
รายงานแพทย์ (DOCTOR'S CERTIFICATE)

เอกสาร 2

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

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่? ถ้ามีผลเป็นประการใด
(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
ถ้าทราบโปรดระบุ 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 License No.

ที่อยู่
Address or name of hospital
.....

วันที่ Date/...../.....