



บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
 เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601
<https://www.dhipayalife.co.th>

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา

ชื่อผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม..... อายุ.....ปี เพศ.....บัตรประชาชนเลขที่.....
 ที่อยู่..... อาชีพ.....ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....
 ชื่อแพทย์.....เลขที่บัตรผู้ป่วยทั่วไป (HN).....เลขที่บัตรผู้ป่วยใน (AN).....

1.ก. วัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ข. จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่างๆ อย่างไรบ้าง ค. อาการของโรคหรืออาการผิดปกติตามข้อ ข. นั้นเป็นมานานเท่าใด (โปรดระบุวัน เดือน ปี)	ก. วันที่..... ข..... ค.....												
2.ก.วัน เดือน ปี ที่ถึงแก่กรรม ข. สถานที่ที่ถึงแก่กรรม ค. สาเหตุที่ถึงแก่กรรม	ก. วันที่.....เวลา.....น. ข..... ค.....												
3.ก. ท่านรู้จักผู้ตายมานานเท่าใด ข. ในความเห็นของท่าน ผู้ตายเจ็บป่วยมานานเท่าใด ค. ผู้ตายมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่นๆ อีกหรือไม่	ก..... ข..... ค.....												
4.ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้ถึงแก่กรรม ข. สาเหตุโดยอ้อมมีหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ ค. ผู้ป่วยเคยมีประวัติดื่มสุรา หรือยาเสพติดหรือไม่ ง. หากสุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม โปรดระบุปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบว่ามีปริมาณเท่าใด	ก..... ข..... ค..... ง.....												
5. มีการตรวจหรือชันสูตรตามวิธีการทางการแพทย์หรือไม่ หากมี กรุณาแจ้งผลการตรวจด้วย												
6. ท่านทราบหรือเคยทราบว่า ผู้ป่วยเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่น หรือสถานพยาบาลนี้ มาก่อนที่จะเจ็บป่วย/ บาดเจ็บ ครั้งนี้หรือไม่ หากทราบกรุณาแจ้งรายละเอียด <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">วัน เดือน ปี</th> <th style="width:40%;">ชื่อแพทย์/สถานพยาบาล</th> <th style="width:40%;">โรคหรืออาการที่รักษา</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>2.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>3.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		วัน เดือน ปี	ชื่อแพทย์/สถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา	1.....	2.....	3.....
วัน เดือน ปี	ชื่อแพทย์/สถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา											
1.....											
2.....											
3.....											
ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิงใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่..... ประจำโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล..... ที่อยู่..... ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ.....แพทย์ (.....) วันที่ <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>													