

แบบฟอร์ม: รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (DOCTOR'S CERTIFICATE)



รายงานแพทย์นี้ กรอกรายละเอียดโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้เสียชีวิตระหว่างบาดเจ็บ 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.

1. ก. ชื่อผู้เสียชีวิต (Name of deceased) อายุ (Age).....ปี
ข. ที่อยู่ (Address)
ค. อาชีพ (Occupation)

2. ก. วันที่ที่เสียชีวิต (Date of death)
ข. สถานที่ที่เสียชีวิต (Place of death)

3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital)
หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number) H.N.
หมายเลขผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Admission number) A.N.

4. ก. สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต (Cause of death)
ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต
(Duration between onset and death)
ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)
ง. ความบาดเจ็บ (Injuries)
จ. สาเหตุนำ (Antecedent Cause)
ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complications)
ช. หากสาเหตุการเสียชีวิตสืบเนื่องจาก (If death was due to)
 อุบัติเหตุ อัดวินิฆาตกรรม ฆาตกรรม โปรดอธิบาย
(Accident) (Suicide) (Homicide) (Describe Briefly)
ซ. สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่
(Did the death caused by alcoholic intoxication or narcotic drug? YES/NO)

5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้เสียชีวิตใช่หรือไม่ ถ้าใช่ระยะเวลาเท่าใด
(How long do you know the deceased?)
ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้เสียชีวิต (Dates of first attendance in last illness)
ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้เสียชีวิต (Dates of last attendance in last illness)

6. ก. มีการตรวจหรือชันสูตรพลิกศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่?
ถ้ามี ผลเป็นประการใด (Was an inquest held or autopsy performed?
YES/NO If so, by whom and what findings)
ข. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่ ถ้ามีกรณาระบุผลการตรวจ
(Was the Blood alcohol level tested? If yes.....mg.%)

7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้เสียชีวิตในระหว่าง 5 ปีล่วงมาหรือไม่
ถ้าเคยโปรดระบุสาเหตุและอาการที่ตรวจพบ
(Have you treated the deceased during the last 5 years prior to last illness?
YES/NO If so, please furnish cause and nature of ailments.)



แบบฟอร์ม: รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (DOCTOR'S CERTIFICATE)

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้เสียชีวิตเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ ทราบ ไม่ทราบ
ถ้าทราบโปรดระบุ (Did the deceased to your knowledge, receive treatment from any other physician, or in any hospital institution?
YES/NO If so please furnish the following.)

วันที่	อาการของโรค	การวินิจฉัย	ชื่อ/ที่อยู่ แพทย์ผู้ทำการรักษา
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. ความเห็นอื่นๆ (Additional Comments)

.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา
(.....)
คุณวุฒิ (Qualification).....
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ (Licence No).....
วันที่ (Date)...../...../.....
กรุณาประทับตราโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกครั้ง

ที่อยู่ (Address of Name Hospital).....
.....
.....