

**รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (Attending Physician's Certificate)**

1. ก. ชื่อผู้ตาย (Name of deceased) ข. ที่อยู่ (Address)  ค. อาชีพ (Occupation)	ก. .... อายุ (Age) ..... ปี (Years) ข. .... ค. ....
2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death) ข. สถานที่ที่ตาย (Place of death)	ก. .... ข. ....
3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital) หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number) หมายเลขผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Admission number)	H.N. .... A.N. ....
4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death) ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Duration between onset and death) ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ง. ความบาดเจ็บ (Injuries) จ. สาเหตุหน้า (Antecedent Cause) ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complications) ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to) โปรดอธิบาย -(Please specify) ซ. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่? (Is the death caused by alcohol intoxication or drug abuse/ addict?)	ก. .... ข. .... ค. .... ง. .... จ. .... ฉ. .... ช. <input type="radio"/> อุบัติเหตุ (Accident) <input type="radio"/> อัจฉินิบาดกรรม (Suicide) <input type="radio"/> ฆาตกรรม (Homicide) ซ. <input type="radio"/> ใช่ / YES <input type="radio"/> ไม่ใช่ / NO
5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ระยะเวลาานเท่าใด (Are you the attending physician and How long do you know the deceased?) ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance) ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance)	ก. <input type="radio"/> ใช่ / YES <input type="radio"/> ไม่ใช่ / NO ..... เดือน (Month) ..... ปี (Year) ข. .... ค. ....
6. ก. มีการตรวจหรือชันสูตรพลิกศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่? (Was an inquest held or autopsy performed?) ถ้ามี ผลเป็นประการใด If so, by whom and what findings) ข. มีการตรวจแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดหรือไม่ (Was the Blood alcohol level tested?)	ก. <input type="radio"/> มี / YES <input type="radio"/> ไม่มี / NO ..... ข. <input type="radio"/> มีการตรวจ / YES ..... mg. % <input type="radio"/> ไม่มีมีการตรวจ / NO <input type="radio"/> เคยรักษา / YES <input type="radio"/> ไม่มีมีการตรวจ / NO
7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปีล่วงมาหรือไม่ (Have you examined/treated the deceased during the last 5 years?) โปรดระบุสาเหตุและอาการที่ตรวจพบ (Please furnish cause and nature of ailments)	..... .....
8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ (Have the deceased had medical history in other hospital / clinic? ถ้าทราบโปรดระบุ (If so please - specify):- วันที่ (Date)      อาการของโรค (Symptoms)      การวินิจฉัย (Diagnosis)      ชื่อ/ที่อยู่ แพทย์ผู้ทำการรักษา (Attending Physician or Hospital or Clii)	<input type="radio"/> ทราบ / YES <input type="radio"/> ไม่ทราบ / NO ..... ..... .....
9. ความเห็นอื่นๆ (Additional Comments)	..... .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา      โรงพยาบาล (Hospital) .....

Signature ( ..... ) Attending Physician

คุณวุฒิ (Qualification) ..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ (License No.) ..... วันที่ (Date) ...../...../.....