



มูลนิธิส่งเสริมเครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย จำกัด

ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

วัน/เดือน/ปี

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี บัตรผู้ป่วยเลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

สหกรณ์/กลุ่มเครดิตยูเนียน

1.โรคที่รักษา เข้ารับการรักษาครั้งแรกเมื่อ.....

- ลักษณะอาการของโรคที่รักษา.....

- อาการของโรคปรากฏครั้งแรกเมื่อ.....

- การรักษาที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย.....

- ระยะเวลาที่ได้ทำการรักษา..... วันรักษาหรือที่เยี่ยมไข้ครั้งสุดท้าย.....

- ผลของการรักษา.....

- ผู้ป่วยต้องทำการรักษาบ่อยเท่าใด ☐ อาทิตย์ ☐ ทุกเดือน ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

2.โรคอื่น ๆ ที่มีติดตัวผู้ป่วย.....เข้ารับการรักษาครั้งแรกเมื่อ.....

- ลักษณะอาการของโรคที่รักษา.....

- ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรสดังกล่าว.....

- ผลของการรักษา.....

3.ประวัติของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยเคยรักษาโรคจากที่อื่นหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุโรค.....

- รับการรักษาเมื่อ..... ชื่อสถานพยาบาล.....

- ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... โรคที่เคยรักษา.....

4.สาเหตุโดยตรงที่ทำให้ถึงแก่กรรม (กรณีผู้ป่วยถึงแก่กรรม)

☐ อุบัติเหตุ ☐ ฆ่าตัวตาย ☐ เจ็บป่วย (โรค).....

โปรดอธิบายรายละเอียด.....

ถ้าเกิดจากอุบัติเหตุ โปรดระบุวันที่เกิดเหตุ.....

ความคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ

5.วันที่ถึงแก่กรรม..... สถานที่ถึงแก่กรรม.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความตามที่กล่าวไว้ข้างต้นถูกต้องตรงกับที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อถือได้ทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ทำการรักษา

(.....) (ประทับตรา)

ที่อยู่/ติดต่อ

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

หมายเหตุ ใบรายงานนี้มีข้อมูลที่จะนำไปใช้พิจารณาการจ่ายเงินผลประโยชน์สำหรับการประกันชีวิตของบริษัทประกันชีวิต แต่เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการจัดผลประโยชน์ทางด้านสวัสดิการขั้นพื้นฐานให้แก่สมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียนฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการกรอกข้อมูลที่เป็นจริงโดยละเอียดเพื่อประโยชน์แก่ผู้เสียชีวิตและขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้