

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
ถนนวิทญู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
fwd.co.th



**รายงานแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา**

โรงพยาบาล .....	หมายเลขโทรสาร .....			
ชื่อ/นามสกุลผู้ป่วย .....	อายุ .....	เพศ .....	HN .....	AN .....
Admission date .....	Time .....	Discharged date .....	Time .....	
<b>1. สำหรับการเจ็บป่วย</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>อาการสำคัญ.....</li><li>มีอาการมานาน .....</li><li>ตามความเห็นของท่านผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด .....</li></ul>				
<b>2. สำหรับอุบัติเหตุ</b>				
<ul style="list-style-type: none"><li>วันที่เกิดเหตุ .....</li><li>สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ .....</li><li>ผู้ป่วยอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุราหรือสารเสพติดขณะที่มาถึงโรงพยาบาลหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ .....</li><li>อาการบาดเจ็บ .....</li></ul>				
<b>3. ผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค : การตรวจทางโลหิตวิทยา, ปัสสาวะ, การตรวจทางรังสี, การตรวจคลื่นหัวใจ, การตรวจตัวอย่างชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์, การตรวจพิเศษต่าง ๆ, อื่นๆ .....</b>				
การตรวจเชื้อเอดส์ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ วันที่ .....				
<b>4. การวินิจฉัยโรค .....</b>				
<b>5. การให้การรักษา .....</b>				
การผ่าตัด(ถ้ามี) .....				
แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด .....				
ผลชิ้นเนื้อ .....				
<b>6. ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากสถานที่อื่นใดมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ได้ จาก .....</b>				
<b>7. เฉพาะสตรี ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี อายุครรภ์ .....</b>				
<b>8. การพยากรณ์โรค .....</b>				
<b>9. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต</b>				
วันที่	การวินิจฉัยโรค	การรักษาที่ได้รับ	ระยะเวลา	นายแพทย์ / โรงพยาบาล
<b>10. ความเห็นอื่นๆ .....</b>				

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... วันที่.....