

หนังสือรับรองของแพทย์ผู้รักษา

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 สถานที่ตรวจรักษา.....

.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

1. ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
 H.N. A.N.

2. เข้ารับการรักษาครั้งแรกวันที่.....เวลา.....น.

กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน

3. สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....

4. ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....

5. ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....

(Pertinent Physical Exam).....

6. ผลการตรวจพิเศษ.....

(Investigation).....

7. การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD10) 1.....

2.....

3.....

(Diagnosis).....

โรคแทรก.....

8. การรักษา แนะนำ ยา, แนะนำ ผ่าตัด หัตถการอื่น ๆ ระบุ.....

(Treatment)

ถ้ามีการผ่าตัด 1.....

วันที่.....

2.....

วันที่.....

9. ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... วันสิ้นสุดการรักษา..... ยังไม่สิ้นสุดการรักษา

10. ผลการรักษา สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1..... ร้อยละ.....

2..... ร้อยละ.....

3..... ร้อยละ.....

ไม่มีการสูญเสีย.....

เสียชีวิตจากสาเหตุ.....

11. ความเห็นอื่น.....

(Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา

วันที่.....เดือน.....ปี..... พ.ศ.....