



สำนักงานประกันสังคม

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 หัตถการอื่นๆ 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.....พ.ศ.....