



สำนักงานประกันสังคม

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

ได้ตรวจรักษาแล้วขอรับรอง ดังนี้

- ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี
H.N.A.N.
- เข้ารับการรักษาก่อนวันที่.....เวลา.....น.
☐ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน ☐ กรณีประสบอันตรายจากการทำงาน
- สาเหตุของการเจ็บป่วย / ประสบอันตราย.....
- ประวัติการเจ็บป่วยและอาการที่สำคัญ.....
- ผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ.....
(Pertinent Physical Exam).....
- ผลการตรวจพิเศษ.....
(Investigation).....
- การวินิจฉัยโรค (ให้ระบุชื่อโรคโดยใช้หลักตาม ICD₁₀)
1.
2.
3.
(Diagnosis).....
โรคแทรก.....
- การรักษา ☐ แนะนำ ☐ ยา, แนะนำ ☐ ผ่าตัด ☐ หัตถการอื่นๆ ระบุ.....
(Treatment)
ถ้ามีการผ่าตัด 1.
วันที่.....
2.
วันที่.....
- ระยะเวลาหยุดพักรักษาตัว ☐ มีกำหนด.....เดือน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่..... ☐ วันสิ้นสุดการรักษา..... ☐ ยังไม่สิ้นสุดการรักษา
- ผลการรักษา ☐ สูญเสียสมรรถภาพอย่างถาวรของอวัยวะ 1.ร้อยละ.....
2.ร้อยละ.....
3.ร้อยละ.....
☐ ไม่มีการสูญเสีย.....
☐ เสียชีวิตจากสาเหตุ.....
- ความเห็นอื่น.....
(Comments).....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....