

รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

This statement is completed by the doctor in attendance during the deceased's last illness or injury and each question should be fully answered.

<p>1. ก. ชื่อของผู้ตาย (Name of deceased)</p> <p>ข. ที่อยู่ (Address)</p> <p>ค. อาชีพ (Occupation)</p>	<p>ก.</p> <p>ข.</p> <p>ค.</p>
<p>2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death)</p> <p>ข. สถานที่ที่ตาย (Place of death)</p>	<p>ก.</p> <p>ข.</p>
<p>3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital)</p> <p>หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number)</p> <p>หมายเลขผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Admission number)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death)</p> <p>ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Interval between illness and death)</p> <p>ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)</p> <p>ง. การบาดเจ็บ (Injuries)</p> <p>จ. สาเหตุหน้า (Antecedent Cause)</p> <p>ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complication)</p> <p>ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to)</p> <p><input type="radio"/> อุบัติเหตุ (Accident) <input type="radio"/> อัดตวินิตบาตกรรม (Suicide)</p> <p><input type="radio"/> ฆาตกรรม (Murder) โปรดอธิบาย (Describe briefly)</p> <p>ซ. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่ (Did the death cause by alcoholic intoxication or narcotic drug ? YES/NO)</p>	<p>ก.</p> <p>ข.</p> <p>ค.</p> <p>ง.</p> <p>จ.</p> <p>ฉ.</p> <p>ช.</p> <p>ซ.</p>
<p>5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ระยะเวลาานเท่าใด (How long do you know the deceased)</p> <p>ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance in last illness)</p> <p>ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance in last illness)</p>	<p>ก.</p> <p>ข.</p> <p>ค.</p>

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่ ?

ถ้ามีผลเป็นประการใด

(Was an inquest held or autopsy performed? YES/NO

If so, by whom and what findings)

7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปีที่ล่วงมาหรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุสาเหตุ และอาการที่ตรวจพบ

(Have you treated the deceased during the last 5 years prior to last illness? YES/NO)

If so, please furnish cause and nature of ailments.

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่

ทราบ
(Yes)

ไม่ทราบ
(No)

ถ้าทราบโปรดระบุ

Did the deceased to your knowledge, receive treatment from another physician, or in any hospital institution?

YES/NO If so, please furnish the following :

วันที่ Date	อาการของโรค Nature of ailment	การวินิจฉัย Diagnosis	ชื่อ, ที่อยู่ของแพทย์ผู้ทำการรักษา Name and address of physician/Hospital
.....
.....
.....

9. ความเห็นอื่นๆ

Additional comments.

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา
Signature Attending Physician
(.....)

คุณวุฒิ.....
Qualification

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์.....
Licence No.

ที่อยู่.....
Address

วันที่...../...../.....
Date