



ใบรับรองแพทย์

(กองทุนประกันสังคม)

โรงพยาบาลหนองหาน

เลขที่ 378 ต.หนองหาน อ.หนองหาน จ.อุดรธานี 41130

แพทย์ผู้ตรวจ (น.พ.พ.ญ.).....เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจ รักษา (นาย,นาง,นางสาว).....อายุ.....ปี

เมื่อวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เวลา.....น.

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา.....

ปรากฏว่าเป็นโรค.....

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ไม่มี มี

ถ้ามี(ระบุ) 1.....

2.....

หัตถการจากแพทย์ ไม่มี มี

ถ้ามี(ระบุ) 1.....

2.....

รักษาในห้อง ICU ไม่มี มี

ถ้ามีตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ผ่าตัดใหญ่ ไม่มี มี

ถ้ามีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เกิน 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 ชั่วโมง

CT SCAN หรือ MRI ไม่มี มี

ถ้ามี ภายหลังการตรวจด้วย CT SCAN หรือ MRI แล้วมีการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตายภายหลังการตรวจ

เพื่อวินิจฉัยว่ามีเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ระบุอาการ.....

ตรวจเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือไขสันหลัง

ส่งตัวคนไข้ไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น ไม่มี มี

ถ้ามี ส่งไปยังโรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....

ควรงหยุดพักงาน.....วัน ตั้งแต่วันที่.....ใบรับรองนี้ออกให้เมื่อวันที่.....

ความเห็นอื่น.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)