



Thai Life Insurance Public Company Limited
123 Ratchadaphisek Road, Din Daeng, Bangkok 10400, Thailand
Tel: +66 2247 0247 Fax: +66 2246 9946
www.thaillife.com Registration No. 0107555000104

ปช.17
ใบรับรองแพทย์

ATTENDING PHYSICIAN SUMMARY

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name: ID. No Age..... () Male () Female
Admission Date Time Discharge Date Time HN AN

Chief Complaint and Duration of symptoms:

For Illness : 1. Date you first saw this patient for this illness:
2. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness:
3. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? () No () Yes, Indication.....

For Injury : 1. Date & Time of injury Date & Time you first saw this patient.....
2. Cause of injury
Nature of wound and injured organs

3. Did you smell alcohol from the patient? () No () Yes () Not know
Level of consciousness () Normal () Confusion () Drowsiness () Semi-coma () Coma
Did the patient take any medication, drugs? () No () Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา)..... () Not know

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs).....
Underlying disease
Investigation / Pathological studies.....

Diagnosis 1. ICD10-TM
Diagnosis 2. ICD10-TM
Diagnosis 3. ICD10-TM

Treatment

Surgery/Operation Date..... ICD10-TM/ICD9-CM
Surgeon's Name..... Result / Complications

Pathology report

HIV () Not done () Done () Result

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (eq. Pre-existing weakness or extended period of disability)?
1. Physical defects / congenital anomaly () No () Yes,..... () Not know
2. Degenerative change(s) () No () Yes,..... () Not know
3. Alcohol or drugs or addiction () No () Yes,..... () Not know

For Female : Is the patient pregnant? () No () Yes, gestational age..... Wks
Was the treatment related to infertility? () No () Yes,

Has patient ever been treated by other doctor before? () No () Yes, please give name and address

Past History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

Any other comments /appointment/working leave/rest

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.
Physician's Name..... Specialty License No. Signature.....
Hospital Name Address Tel No. Date.....

ข้อควรทราบ : ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำการรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาดมประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ และอีกทั้งจกต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง