

รายงานแพทย์ / Physician's Statement

ข้อที่ 1

ชื่อผู้เสียชีวิต (Decease's Name in full)..... อายุ (Age) .....  
เพศ (Sex) ..... น้ำหนัก (Weight) ..... ส่วนสูง (Height) .....  
HN .....

ข้อที่ 2

ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด  
(When have you been the medical attendant or adviser of decease? And from what disease?)  
.....  
.....

ข. การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ  
(Did the decease receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name)  
.....  
.....

ข้อที่ 3

ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ (Did you attend the decease during his last illness?) .....  
ข. ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร (If so, for what disease?).....  
ค. วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล..... วันที่ผู้ป่วยถูกรับเป็นผู้ป่วยใน .....  
ง. วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมผู้ป่วย (Date of your last visit) .....

ข้อที่ 4

สถานที่ที่เสียชีวิต (Place of Death) .....  
วันที่เสียชีวิต (Date of Death) ..... เวลาที่เสียชีวิต (Time of Death) .....

ข้อที่ 5

ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิต คือ (What was the immediate cause of death?) .....  
.....  
.....

ข. ตามความเห็นของท่าน โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด (In your opinion, how long did the decease suffer from this disease?)  
.....  
.....

ข้อที่ 6 ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด (From what other important disease, if any, did the decease suffer? When?) .....  
.....

ข้อที่ 7 ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหา HIV/เอดส์  
 ไม่ทำ: Not done  ทำ: Done ผล: Result .....(ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมให้เปิดเผย: ลายเซ็น.....)

ข้อที่ 8 ผู้ป่วยได้รับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่  
 ไม่ทำ: Not done  ทำ: Done ผล: Result .....(ในกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมให้เปิดเผย: ลายเซ็น.....)

ข้อที่ 9 บรรยายลักษณะของเครื่องหมายกำเนิด แผลเป็น หรือ รอยตำหนิอื่น ๆ บนร่างกายผู้เสียชีวิต  
(Describe any birth marks, scars or other marks of identification on decease's body).....  
.....

ข้อที่ 10 การเสียชีวิตครั้งนี้ มีการผ่าพิสูจน์ศพ / ซันสูตรพลิกศพหรือไม่ (Is there post-mortem examination?)  ไม่: No  ใช่: Yes .....

หมายเหตุเพิ่มเติม : Additional Remarks .....

เขียนที่: Sign at ..... วันที่: Date ..... อำเภอ: District ..... จังหวัด: Country of .....

ลงชื่อ: Signature ..... คุณวุฒิ: Qualification .....

ชื่อและที่อยู่ (โปรดเขียนตัวบรรจง) Name & Address .....