

คำร้องขอสำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา
担当医へのお願い

- กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขอรับสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพได้
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- ควรกรอกแบบฟอร์ม 1 ใบสำหรับแต่ละเดือน และแต่ละครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล / การเยี่ยมผู้ป่วยนอก (การเยี่ยมบ้าน)
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

แบบฟอร์ม A

様式 A

คำวินิจฉัยของแพทย์ผู้ตรวจรักษา
診療内容明細書

- ชื่อผู้ป่วย (นามสกุล, ชื่อ) เพศ
患者名 性別 ชาย · หญิง
วันเดือนปีเกิด (D/M/Y) หมายเลขเวชระเบียน 診療録番号
生年月日 _____
- ชื่อการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ _____
โดยควรระบุหมายเลขในบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศเพื่อวัตถุประสงค์สำหรับเรื่องประกันสุขภาพ
(กรุณาดูตารางที่แนบมากับแบบฟอร์มนี้)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (หมายเลข _____)
- วันที่มารับการตรวจครั้งแรก (D / M / Y)
初診日 _____
- จำนวนวันที่ได้รับการตรวจ / รักษา
診療日数 _____ วัน
- ประเภทของการรักษา
治療の分類 (D / M / Y)
 การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ / _____ / _____ ถึง _____ / _____ / _____ (_____ วัน)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)
 ผู้ป่วยนอก หรือ การเยี่ยมบ้าน _____ / _____ / _____ . _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
- ลักษณะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ (โดยย่อ)
病状の概要

- ใบสั่งยา การผ่าตัด และการรักษาอื่น ๆ (โดยย่อ)
処方、手術その他の処置の概要

- จำเป็นต้องได้รับการรักษาอันเป็นผลจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
治療は事故の傷害によるものですか？
- รายละเอียดคำรักษาพยาบาลที่จ่ายให้กับโรงพยาบาลและ/หรือแพทย์ผู้ตรวจรักษา :
กรุณากรอกแบบฟอร์ม B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式 B による
ข้อมูลของแพทย์ผู้ตรวจรักษา 担当医情報欄
ชื่อสถาบันการแพทย์ : (医療機関名) _____
ที่อยู่ : (住所) _____
ชื่อแพทย์ : (担当医名) _____ ตำแหน่ง : (称号) _____
- ลายมือชื่อ : (署名) _____ โทรศัพท์ : (電話) _____
วันที่กรอก : (作成年月日) _____ . _____ . _____

様式 A 邦訳

2. 傷病名および健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名



電話
