

**รายงานแพทย์ (DOCTOR'S CERTIFICATE)**

รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

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

<p>1. ก. ชื่อผู้ตาย (Name of deceased) ข. ที่อยู่ (Address) ค. อาชีพ (Occupation)</p>	<p>ก..... อายุ (Age).....ปี ข..... ..... ค.....</p>
<p>2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death) ข. สถานที่ที่ตาย (Place of death)</p>	<p>ก..... ข.....</p>
<p>3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital) หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number) หมายเลขผู้ป่วยภายในสถานพยาบาล (Admission number)</p>	<p>..... H.N..... A.N.....</p>
<p>4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death) ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Interval between onset and death) ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ง. ความบาดเจ็บ (Injuries) จ. สาเหตุนำ (Antecedent cause) ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่น ๆ (Complications) ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to) <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> อัดวินิบาตกรรม <input type="checkbox"/> ฆาตกรรม <input type="checkbox"/> โปรรคอธิบาย <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide or <input type="checkbox"/> Homicide (Describe briefly) ซ. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา / ยาเสพติดหรือไม่ (Did the health cause by alcoholic intoxication or narcotic drug? YES/NO)</p>	<p>ก..... ข..... ค..... ง..... จ..... ฉ..... ช..... ..... ซ..... .....</p>
<p>5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ระยะเวลา นานเท่าใด (How long do you know the deceased?) ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance in last illness) ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance in last illness)</p>	<p>ก..... ข..... ค.....</p>

