

บริษัทชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เรียน แพทย์ผู้ทำการรักษา สถานพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย: อายุ :ปี

น้ำหนัก : กก. ส่วนสูง : ซม.

ขอความอนุเคราะห์ท่านโปรดตอบคำถามต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยรายนี้ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อวันที่

2. ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/ โรงพยาบาลสนาม / Hospitel

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ เนื่องจาก

กักตัวตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19

Admit เพื่อทำการรักษาแบบคนไขใน

() ไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส นานกว่า 24 ชม.

() หายใจเร็วกว่า 25 ครั้งต่อนาที ในผู้ใหญ่

() Oxygen saturation < 94%

() โรคประจำตัวมีการเปลี่ยนแปลง หรือจำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด คือโรค

() สำหรับเด็ก มีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตื่นน้ำหรือทานอาหารน้อยลง การรักษาที่ได้รับ

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการเปลี่ยนแปลงและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างไร กรุณาระบุ (Lab , X-Ray)

หากมีโรคประจำตัว กรุณาระบุ ชื่อโรค การรักษาและวันที่ตรวจพบครั้งแรก

ลงชื่อ..... , ใบอนุญาตเลขที่

(.....)

แพทย์ผู้รักษาพร้อมตราประทับโรงพยาบาล