

Date .....

เรียน แพทย์เจ้าของไข้ / UR NURSE

โรงพยาบาล.....

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยประกันตนที่กำลังเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลของท่าน บริษัทใคร่ขอสอบถามอาการและการรักษาในปัจจุบัน ดังนี้

1. Patient' s Name	
2. Admit Date	
3. <u>Investigations and results</u>	
Lab	.....
Imaging (X-ray, U/S, CT, MRI)	.....
Other	.....
4. Operation/Procedure (If any)	.....
5. Current Treatment	.....
6. Current Sign / Symptom	.....
7. Plan of treatment	.....
8. Final Diagnosis	1) .....
	2) .....
9. Expected date of discharge	.....
10. Remark	.....

กรณีที่ถูกค้ำ D/C แล้ว รบกวนทาง รพ.

แจ้งกลับด้วยคำว่า D/C วันที่..... และ

Treating Doctor.....

ใช้สิทธิประกันใด หรือ สำรองจ่าย.....

Date.....

<u>For Internal Use</u>	
[ ]	Appropriate
[ ]	Inappropriate .....