

รายงานแพทย์ / Physician's Statement

บริษัท เอไอเอ จำกัด

AIA Company Limited

| | | |
|-----|---|--|
| 1. | A. Deceased's Name in Full ก. ชื่อผู้เสียชีวิต B. Residence ข. ที่อยู่ C. Occupation ค. อาชีพ | A. B. C. |
| 2. | How long had you known deceased ? ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด | |
| 3. | A. When had you been the medical attendant or adviser of deceased? And for what disease? ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด B. Did the deceased receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name. ข. การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิต ได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ | A. B. |
| 4. | A. Did you attend deceased during his last illness? ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ B. If so, for what disease ? ข. ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร C. Date of your first visit ค. วันแรกที่ท่านเยี่ยมคนไข้ D. Date of your last visit ง. วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมคนไข้ | A. B. C. D. |
| 5. | A. Place of Death . B. Date of Death ก. สถานที่ที่เสียชีวิต ข. วันที่เสียชีวิต | A. B. |
| 6. | A. What was the immediate cause of death? ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ B. How long did deceased suffer from this disease? ข. โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิต เป็นมานานเท่าใด C. In your opinion, how long did deceased suffer from this disease? ค. ตามความเห็นของท่าน โรค/อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด | A. B. C. |
| 7. | From what other important disease, if any, did the deceased suffer? When ? ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด | |
| 8. | For how long was deceased confined to the house or prevented from attending to business? เป็นเวลานานเท่าใดที่ผู้เสียชีวิตต้องพักอยู่บ้านหรือต้องละทิ้งหน้าที่การงาน | |
| 9. | Was there any special cause, direct or indirect, for the death, in the habits, occupation or residence of the deceased? มีเหตุพิเศษใด ๆ ไม่ว่าจะเป็เหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือไม่ที่ทำให้เสียชีวิต อันเนื่องมาจากนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย ของผู้เสียชีวิต | |
| 10. | Did deceased use alcohol or narcotics ? /If so, did they contribute to the fatal disease ? ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ ถ้ามี วัตถุนั้นเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือไม่ | |
| 11. | Test for HIV ? If yes, what is the result ? ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเลือดโรคเอดส์หรือไม่ ถ้าตรวจ ผลการตรวจเป็นอย่างไร | |
| 12. | Is there the post-mortem examination ? If yes, Please state การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ | |

Give names and addresses of all other physicians and other practitioners who to your knowledge, attended deceased during the past three years.

กรณารับชื่อและที่อยู่ของนายแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลป์อื่น ๆ ตามที่ท่านทราบ ซึ่งได้รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา

| Name / ชื่อ | Address / ที่อยู่ | Disease or Impairment and date / โรคหรืออาการและวันที่พบแพทย์ |
|-------------|-------------------|---|
| | | |
| | | |

What was the age of deceased ? Sex Height Weight Color of Hair Color of eyes
ผู้เสียชีวิตอายุเท่าใด เพศ ส่วนสูง cm. น้ำหนัก Kgs. สีของผม สีของนัยน์ตา

Describe any birth marks. Scars or other marks of identification on deceased's body.
บรรยายลักษณะของเครื่องหมายกำเนิด แผลเป็น หรือ รอยคำหนอื่น ๆ บนร่างกายผู้เสียชีวิต

Additional Remarks (หมายเหตุเพิ่มเติม)

Sign at Date District Country of
เขียนที่ วันที่ อำเภอ จังหวัด

Signature Qualification Name & address (Please print)
ลงชื่อ คุณวุฒิ ชื่อและที่อยู่ (โปรดเขียนตัวบรรจง)



C32300