

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย (กรอกข้อมูลหรือยืนยันโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเท่านั้น)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย : เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ : ปี เลขที่บัตรประชาชน ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ) HN AN แบบผู้ป่วยใน ที่ ☐ โรงพยาบาล ☐ Hospitel ☐ โรงพยาบาลสนาม หรือแบบ ☐ Home Isolation ☐ Community Isolation ☐ Hotel Isolation ☐ อื่น ๆ วันที่เริ่มป่วยหรือมีอาการแสดง วันที่ มีอาการ วันที่เข้ารับการรักษาก่อนครั้งแรก: ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม วัน (ถ้ามี ICU โปรดระบุช่วงวันที่รับการรักษา.....) ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี ☐ ไม่ได้ตรวจยืนยัน ☐ RT-PCR ☐ Rapid PCR ตรวจเมื่อวันที่ ผลตรวจออกเมื่อวันที่ ผลตรวจเป็น ☐ Detected ☐ Not detected สถานพยาบาลที่ตรวจ ☐ ATK ตรวจเมื่อวันที่ ผลตรวจเป็น ☐ Detected ☐ Not detected สถานพยาบาลที่ตรวจ	
1. ผู้ป่วยมีโรคหรือปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี, เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี, โรคปอดเรื้อรัง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรังในเด็ก, กลุ่มโรคพันธุกรรมในเด็ก, เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ภาวะอ้วน, ตับแข็ง, ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ, โรคเมะเร็ง, หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโรคร่วมสำคัญหรือภาวะอื่น ๆ เป็นปัจจัยให้มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น มีหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (ถ้ามีโปรดระบุ) 2. น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI) 3. มีอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติ (Sign and Symptom) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลหรือไม่ ☐ ไม่มี โปรดระบุเหตุผลของการเข้าพักรักษาตัวในครั้งนี้ ☐ เพื่อแยกกักตัว(Isolation) ☐ อื่นๆ ☐ มี (ถ้ามีโปรดระบุ / เลือกได้มากกว่า 1 รายการ) ตามด้านล่าง	
อาการ	ถ้ามี โปรดระบุช่วงระยะเวลาที่มีอาการหลังตรวจพบเชื้อโควิด หรือช่วงเวลาที่ได้รับรักษา (ว/ด/ป – ว/ด/ป)
☐ ไข้ อุดมภูมิ องศาเซลเซียส	
☐ หอบเหนื่อย (จำนวน.....ครั้ง/วัน)	
☐ คลื่นไส้/อาเจียน (จำนวน.....ครั้ง/วัน)	
☐ อาการปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือภาพเอกซเรย์ปอดพบมีปอดอักเสบ	
☐ หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือหายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจปกติ RR bpm	
☐ ค่า O2 sat%	
☐ ซึมลง คิมนมหรือทานอาหารได้น้อยลง (สำหรับในเด็ก)	
☐ มีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ โปรดระบุ ☐ O2 canular ☐ O2 mask with bag ☐ ใส่ท่อช่วยหายใจ	
☐ อื่นๆ	
4. การรักษาที่ได้รับ การให้ยารักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ☐ ไม่ให้ ☐ ให้ วันที่รับยาครั้งแรก ☐ Favipiravir ☐ Remdesivir เหตุผลของการให้ยานี้ ☐ ยาอื่น ๆ เหตุผลของการให้ยานี้ ☐ อื่น ๆ 5. ตามแนวทางเวชปฏิบัติ กำหนดระยะเวลาที่กักตัวที่ไม่เกิน 10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป กรณีที่จำนวนวันที่กักตัวมากกว่าหรือไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอความกรุณาแจ้งความจำเริญทางการแพทย์ตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน.....	

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง
 ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจรักษา: ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 (.....) โทร: (โปรดประทับตราสถานพยาบาล)