



คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับมอบไว้ในตอนท้ายของแต่ละความคุ้มครอง รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail เพื่อทางบริษัทจะสามารถแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมโดยผ่านทาง 2 ช่องทาง ดังนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ โดยท่านสามารถส่งมาตามที่อยู่ด้านล่างนี้
แผนกสินไหมทดแทน
ตู้ ป.ณ. 40 ป.ณ.ศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330
 - ส่งผ่านตัวแทน/นายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อบริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมจากท่าน บริษัทจะทำการส่ง SMS เพื่อยืนยันการรับเอกสาร
- ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งให้ท่านทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสาร
- ในกรณีที่เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมครบถ้วนสมบูรณ์ ทางบริษัทจะใช้เวลา 15 วันทำการ ในการพิจารณา พร้อมทั้งแจ้งผลการอนุมัติผ่านทาง e-mail หรือ sms ให้ท่านทราบต่อไป

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม		กรมธรรม์เลขที่	
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่	3409900092064	เพศ	หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด	30 / 10 / 2513		
ที่อยู่	313 ม.4 ต.แองโกล อ.เมือง จ.ขอนแก่น		
อาชีพ	รับราชการ	อีเมลที่ติดต่อได้	supkum@kbu.ac.th
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า)	083 151 454	เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน	043 362 046
ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์	ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท		
สำหรับกรมธรรม์ประกันการเดินทางโปรดระบุระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี)	/	/	ถึงวันที่ / / ประเทศ

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ก่อกวนต่อการเรียกร้องค่าสินไหม

ค่ารักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง (ส่วนที่ 1)

ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์ก่อสร้าง / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางรวมถึงไม้เท้าเนื่องจากภัยธรรมชาติ (ส่วนที่ 2)

ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (ส่วนที่ 3)

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง (ส่วนที่ 4)

การเสียชีวิต / ทูพพลภาพ / การสูญเสียอวัยวะ (ส่วนที่ 5)

อื่นๆ เช่น กระเป๋าเงินสูญหาย ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น (ส่วนที่ 6)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ
ข้าพเจ้าทราบว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยอื่น และ / หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท นิวแฮมเบอร์ อินชัวร์นส์ สาขาประเทศไทย และ/หรือ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย _____ วันที่ 27 พ.ย. 2560 _____
ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน _____ วันที่ _____
(ในกรณีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)

หมายเหตุ: การประกอบธุรกิจของกลุ่มบริษัทเอไอจี ประเทศไทย ประกอบด้วย บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ บริษัท นิวแฮมเบอร์ อินชัวร์นส์

ส่วนที่ 1 : คำร้องขอย้ายใบ / การขอลงทะเบียน / การขอเพิ่มค่ามัด / ประกันภัยแบบโรคมะเร็ง

วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี) 30 / 12 / 2560 เวลา 8.30 วันที่ไปพบแพทย์ครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) - 1 / 12 / 2560

กรณีที่ได้รับบาดเจ็บไปตรวจรายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยไปตรวจรายอาการที่ปรากฏ

มาผ่าตัดตามนัด เนื่องจากตรวจพบเนื้องอกในมดลูกเมื่อประมาณ เดือน ธ.ค. 2559

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

คำรักษาพยาบาล / การขาดเสียค่ามัด

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินคำรักษาพยาบาล / ค่าผ่าตัด (ฉบับจริง)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) (กรณีประกันภัยการเดินทางต่างประเทศ)
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระงายชื่อ)

การขาดเสียรายได้

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย

ประกันภัยแบบโรคมะเร็ง

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
- รายงานผลชิ้นเนื้อ

ส่วนที่ 2: ขาดรายการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์ก่อสร้าง / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง รวมถึงใบตัดบัตรเนื่องจากภัยธรรมชาติ / การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) / / สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)

คุณลักษณะการเกิดเหตุ

รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย

รายการสูญหาย / เสียหาย	วัน/เดือน/ปี ที่ซื้อ	ราคาหรือ ค่าซ่อมแซม
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____
_____	_____ / _____ / _____	_____

เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- ตั๋วไปเอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ / โรงแรม / บริษัทขนส่ง / สนามกอล์ฟ เพื่อประกอบการพิจารณา
- หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย ให้รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย

การสูญหายของเงินส่วนตัว

- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ

การสูญหายของเอกสารเดินทาง

- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ
- ใบเสร็จค่าเดินทาง, ค่าที่พัก และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่

การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง

- **รวมไปถึงใบตัดบัตรเนื่องจากภัยธรรมชาติ**
- จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายจากทางโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
- รายการและราคาของที่สูญหายหรือเสียหาย
- ข่าวสารที่ระบุที่เกิดเหตุภัยธรรมชาติ

อุปกรณ์ก่อสร้าง

- ใบเสร็จรับเงินค่าซ่อมแซม หรืออุปกรณ์ที่ซื้อใหม่
- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ
- หนังสือรับรองจากสนามกอล์ฟ

การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

- จดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดจากฝ่ายบริหารของโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง กรณีการสูญเสียหรือเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง
- ในบันทึกประจำวันที่ตำรวจออกให้ภายใน 24 ชม. นับจากเวลาเกิดเหตุ กรณีการสูญเสียหรือเสียหายเกิดจากการขู่มขู่ หรือบังคับในลักษณะรุนแรง

ส่วนที่ 3: 3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน

3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน

คุณลักษณะสาเหตุการล่าช้าในการเดินทาง/การพลาดเที่ยวบิน _____ สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ)

กำหนดการเดินทางเดิม

วัน/เดือน/ปี	/	/	เวลาออกเดินทาง	เวลาที่มาถึง	เที่ยวบิน
--------------	---	---	----------------	--------------	-----------

กำหนดการเดินทางใหม่

วัน/เดือน/ปี	/	/	เวลาออกเดินทาง	เวลาที่มาถึง	เที่ยวบิน
--------------	---	---	----------------	--------------	-----------

รายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการพลาดเที่ยวบิน หรือการล่าช้าในการเดินทาง

3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

วัน/เดือน/ปี (ที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า) / / เวลา สถานที่ (เมือง/ประเทศ)

วัน/เดือน/ปี (ที่ได้รับกระเป๋าคืน) / / เวลา

ผู้เอาประกันมีรายการชื่อของไฟท์ที่จำเป็นระหว่างการเดินทางล่าช้าที่เกิดขึ้น ใช่หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

รายการค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน

- หนังสือรับรองการล่าช้าจากสายการบิน
- บัตรโดยสาร และตั๋วเครื่องบินทั้งหมด

การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

- ใบเสร็จรายการของใช้ส่วนตัว
- หนังสือรับรองการล่าช้าของกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบิน (ถ้ามี)

ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการบอกเลิก / ลดจำนวนวันเดินทาง

กำหนดการเดินทางเดิม

ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี / / ถึง วัน/เดือน/ปี / /

กำหนดการเดินทางใหม่

ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี / / ถึง วัน/เดือน/ปี / /

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง เป็นสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย /ญาติหรือคนในครอบครัวของผู้เอาประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้

ชื่อ - นามสกุล	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน	วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)
_____	_____	/ /
_____	_____	/ /

เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาใบรับรองแพทย์, ใบมรณะบัตร (กรณีที่ใช้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต)
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว (กรณีทีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันหรือบอกเลิกการเดินทาง)
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

กรณีการเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง - กรุณแนบใบเสร็จจากบริษัททัวร์หรือสายการบินที่ระบุจำนวนเงิน และเอกสารการคืนเงิน (ถ้ามี)

กรณีการลดจำนวนวันเดินทาง - กรุณแนบสำเนาตั๋วเครื่องบินล่าสุดที่ซื้อพร้อมใบเสร็จรับเงิน

ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต / ทุพพลภาพ

วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)	/	/	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
กรุณาระบายสาเหตุและลักษณะการเกิดเหตุ				
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมยี่ดงนี้ การเสียชีวิต <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาใบรับรองแพทย์ - หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (ในกรณีเสียชีวิตขณะเดินทางอยู่บนสายการบินพาณิชย์) - บันทึกรประจำวันตำรวจ - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน - สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ - เอกสารระบุการแต่งตั้งผู้จัดการกองมรดก (ในกรณีที่กรมธรรม์ระบุจ่ายกองมรดก) - สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ (Autopsy Report) - โฉมรณบัตรของผู้เอาประกัน - หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ) 		ทุพพลภาพ <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาใบรับรองแพทย์ - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน - รูปถ่ายการทุพพลภาพ/การสูญเสียอวัยวะ - (ในกรณีที่จ่ายผู้รับผลประโยชน์จะต้องแนบเอกสารของผู้รับผลประโยชน์มาด้วย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน) - หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ) 		

ส่วนที่ 6: การเรียกร้องความคุ้มครองอื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก, ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น

กรุณาระบายรายละเอียด				
วันที่เกิดเหตุ	/	/	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ
จำนวนเงิน		บาท		
เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมยี่ดงนี้ ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ - ใบเสร็จค่าซ่อมแซมหรือใบเสร็จและจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า - ในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย - สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน - สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) 		ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน - สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) - หนังสือสัญญาเช่ารถ - ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่าและระบุค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess) - ใบบันทึกประจำวันตำรวจที่ระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ และรายละเอียดความเสียหายของตัวรถ 		
**สำหรับความคุ้มครองอื่นๆ สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมเพิ่มเติมได้ที่ www.aiginsurance.co.th **				

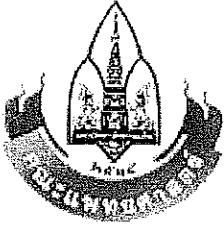
เฉพาะเจ้าหน้าที่

Policy No.	Effective	/	/	to	/	/	Payee Name:
Pay : Indemnity	Baht	Medical		Baht	Total	Baht	
<input type="checkbox"/> Hold <input type="checkbox"/> Mail	Address:						
Remark:							
Adjusted by:	Date:	Approved by:	Date:				
Coverage:	Weekly Indemnity	Hosp. Income	Principal Sum				

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:
 โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998
 ีเมล: callcenter.th@aig.com

แผนกสินไหมทดแทน
 ชั้น 22 อาคารสยามกาวเวอร์ เลขที่ 989
 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

แบบำยัติยบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน
 โทร. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998
 ีเมล: complaint.th@aig.com



โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เลขที่ 123 ถนนมิตรภาพ หมู่ 16 ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

ใบรับรองแพทย์

ตึกหรือแผนกผู้ป่วยสว.ชั้น13-SV13

วันที่ 03 เมษายน 2560

เลขที่ M016593/2560

ข้าพเจ้า น.พ.พิพัฒน์ พัฒนพิพิธไพศาล ตำแหน่ง แพทย์

แพทย์แผนปัจจุบัน,ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขา ภาควิชาอายุรศาสตร์

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาง พิมพ์ชนก ศรีสุริยะมาตย์ HN : CN9911 เพศ หญิง อายุ 46 ปี 5 เดือน 4 วัน

มีอาการ คือ

มาผ่าตัดตามนัด

ให้การวิเคราะห์โรค คือ

เนื้องอกมดลูก (Myoma uteri)

มีความเห็น คือ

ได้มารักษาอนโรพยาบาลตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2560 จนถึง 3 เมษายน 2560

อนุญาตให้ลาพักผ่อนหลังจากออกโรงพยาบาลได้ 30 (สามสิบ) วัน

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(น.พ.พิพัฒน์ พัฒนพิพิธไพศาล)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ 53683

03 เมษายน 2560