

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย : เพศ : ชาย หญิง อายุ : ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล(ระบุ)

แบบผู้ป่วยใน ที่ โรงพยาบาล Hospital โรงพยาบาลสนาม

หรือแบบ Home Isolation Community Isolation Hotel Isolation

วันที่เริ่มป่วยหรือมีอาการแสดง วันที่ มีอาการ

วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก: ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่รวม วัน (ถ้ามี ICU โปรดระบุช่วงวันที่รับการรักษา.....)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี

RT-PCR Rapid PCR ตรวจเมื่อวันที่ ผลตรวจออกเมื่อวันที่ ผลตรวจเป็น Detected Not detected

สถานพยาบาลที่ตรวจ

ATK ตรวจเมื่อวันที่ ผลตรวจเป็น Detected Not detected สถานพยาบาลที่ตรวจ

- ผู้ป่วยมีโรคปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ได้แก่ โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคมะเร็ง ภาวะอ้วน ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ หรือมีโรคร่วมสำคัญหรือภาวะอื่นๆเป็นปัจจัยให้มีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น มีหรือไม่
ไม่มี มี (ถ้ามีโปรดระบุ)
- น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI)
- อาการและอาการแสดงผิดปกติ มีหรือไม่: ไม่มี มี (ถ้ามีโปรดระบุ/เลือกได้มากกว่า 1 รายการ)

อาการ	ถ้ามี โปรดระบุช่วงระยะเวลาที่มีอาการหลังตรวจพบเชื้อโควิด หรือช่วงเวลาที่ได้รับรักษา (ว/ด/ป - ว/ด/ป)
<input type="checkbox"/> ไข้ อ่อนหภูมิ องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> เจ็บคอ <input type="checkbox"/> มีน้ำมูก <input type="checkbox"/> มีเสมหะ	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> จุกไม่ไต่กลิ่น <input type="checkbox"/> ลิ้นไม่รับรส <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยตัวปวดกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> ตาแดง <input type="checkbox"/> มีผื่นขึ้นตามร่างกาย ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> ท้องเสีย <input type="checkbox"/> อ่อนเพลียมาก	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> อาการปอดอักเสบ(Pneumonia) หรือภาพเอกซเรย์ปอดพบมีปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือหายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจปกติ RR bpm	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> ค่าO2 sat อยู่ที่%	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> มีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> O2 canular <input type="checkbox"/> O2 mask with bag <input type="checkbox"/> ใส่ท่อช่วยหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ปอดครั้งแรก <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทำ เมื่อวันที่ ระบุผล	
<input type="checkbox"/> ครั้งล่าสุด เมื่อวันที่ ระบุผล	

4.การรักษาที่ได้รับ

การให้ยารักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก Favipiravir Remdesivir อื่นๆ

5.ตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ(Asymptomatic COVID-19) หรืออาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง สามารถให้การรักษาดูแลผู้ป่วยนอกได้ ใช่ ไม่ใช่ (ถ้าไม่ใช่ โปรดระบุเหตุผลหรือความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน)

6.ตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ กำหนดระยะเวลาพักตัวที่ไม่เกิน10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป กรณีที่จำนวนวันที่กักตัวมากกว่าหรือไม่เป็นไปตามแนวทางฯ ขอความกรุณาแจ้งความจำเป็นทางการแพทย์ตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน

ในรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจรักษา: ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่: สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(.....) โทร: (โปรดประทับตราสถานพยาบาล)