



แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ / ถ้อยคำแพทย์ กรณีรักษาด้วยวิธีการทำกายภาพบำบัด

ชื่อ ผู้เอาประกันภัย: สกุล:

รับการรักษาวันที่: เวลา:

Chief complaint and Duration:

.....

.....

Present illness or cause of injury:

.....

.....

กรณีอุบัติเหตุ

กรณาระบุวันที่เกิดเหตุ: เวลา:

ตำแหน่งที่บาดเจ็บ: Pain Score:

กรณีไม่ใช่เกิดจากอุบัติเหตุ

ตำแหน่งที่ Pain: Pain Score:

การวินิจฉัย:

ชนิดของการรักษากายภาพบำบัด:

Indication ในการทำกายภาพบำบัด:

.....

ระบุนอาการหลังทำกายภาพบำบัด:

.....

กรณาระบุความจำเป็นทางการแพทย์กรณีเป็นการทำกายภาพต่อเนื่อง มากกว่า 3 ครั้ง:

.....

Physician's name: Medical License No.:

(.....) Date:

(ประทับตราสถานพยาบาล)

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้ใช้การเรียกกริ่งลินไหมต่อครั้งในการทำกายภาพบำบัด