



Concurrent Form

Case Management Department

Tel. 02-677-0099 Fax.02-235-9099

Date / Time

เรียน แพทย์เจ้าของไข้ / UR NURSE

โรงพยาบาล.....

เกี่ยวเนื่องกับผู้เอาประกันตนที่กำลังเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลของท่าน บริษัทใคร่ขอสอบถามอาการและการรักษาในปัจจุบัน ดังนี้

1. Patient' s Name	=			
2. Admit Date	-			
<i>Date</i>				
3. <u>Investigations and results</u>				
Lab				
Imaging (X-ray, U/S, CT, MRI)				
Other				
4. Operation/Procedure (If any)				
5. Current Treatment				
6. Current Sign / Symptom				
7. Plan of treatment				
8. Final Diagnosis				
9. Expected date of discharge				
10. Remark				

* กรณีที่ลูกค้า D/C แล้ว รมกวนทาง รพ. แจ้งกลับด้วยคำว่า D/C วันที่..... และใช้สิทธิประกันใด หรือ สำรองจ่าย.....

Treating Doctor..... Date.....