



ที่ สม. 65/26

x 0820940704
x มารับเอกสาร 10/10/65

5657
18 ต.ค. 65
14.03 น.

วันที่ 6 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอรายละเอียดประวัติการรักษา และแบบสอบถามแพทย์ น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- 1.หนังสือมอบอำนาจ
 - 2.หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา
 - 3.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เข้ารักษา
 - 4.สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

เนื่องจาก น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม สมาชิกผู้เอาประกัน โครงการบัตรประกันสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่มข้าราชการ Siam Smile Card บริษัท สไมล์ ทีพีเอ จำกัด ได้เข้ารับการักษาโรงพยาบาลรัฐประเทศ และได้ส่งเอกสารเพื่อเรียกร้องสินไหมยังโครงการฯ แต่เนื่องจากจำเป็นต้องขอรายละเอียดประวัติการรักษาของ น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหม ทางบริษัทฯ จึงจะขอความอนุเคราะห์มายังโรงพยาบาลรัฐประเทศ เพื่อพิจารณา และโปรดอนุมัติให้ทาง บริษัทฯ เป็นผู้ดำเนินการแทนตามความในหนังสือมอบอำนาจที่แนบมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดโปรดติดต่อบริษัท สไมล์ ทีพีเอ จำกัด โทรศัพท์ 085-6958586 โทรสาร 037-241237 และกรุณาจัดส่งใบเสร็จและสำเนาประวัติกลับมาที่ บริษัท สไมล์ ทีพีเอ จำกัด สำนักงานสาขาสระแก้ว เลขที่ 5/5 ถนนเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ตำบลสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 27100

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕
x พิธีกร ๑๕๖๖๖๖๖๖

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
- ☒ เห็นความชอบ OPD + กงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท
- ☐ อื่นๆ

18 ต.ค. 65
ขอรับ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกัศสร นามเสนา)
ผู้พิจารณาสินไหมสาขาสระแก้ว

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ

19 ต.ค. 2565

(นางสาวกัศสร นามเสนา)
ผู้พิจารณาสินไหมเงินและบัญชี

18 ต.ค. 2565

140 41



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ สม.65/25

วันที่ 6 ตุลาคม 2565

ข้าพเจ้า น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม อายุ 62 ปี ขอยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล และ สถานพยาบาลทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาโรคในอดีตจนถึงปัจจุบันของ น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม สามารถเปิดเผยประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของ น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม ให้แก่บริษัท สไมล์ ทีพีเอ จำกัด ได้

โดยข้าพเจ้าไม่คิดใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายใดๆต่อผู้ที่เปิดเผยข้อมูลของ น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม ดังกล่าวมาแล้ว

(ลงชื่อ).....วันเพ็ญ สิงหนาม.....ผู้ให้ความยินยอม
(น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม)

(ลงชื่อ).....Zamm.....พยาน
(นางสาวนภัส ภูมินางงาม)

(ลงชื่อ).....[Signature].....พยาน
(นางสาวพัชรา ชาติธรรม)

(ลงชื่อ).....[Signature].....พยาน
(นางสาวกัศสร นามเสนา)

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ สม.65/25

วันที่ 6 ตุลาคม 2565

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชนเลขที่ 3-2510-00354-51-5 ออกโดยกรมการปกครอง วันที่ออกบัตร 19 ก.ย.2565 บัตรหมดอายุวันที่ ตลอดชีพ ที่อยู่ ปัจจุบันเลขที่ 71 หมู่ 5 ตำบลบ้านด่าน อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง

จึงมอบอำนาจให้ นางสาวกัสสร นามเสนา ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชนเลขที่ 1-2504-00210-55-6 ออกโดยกรมการปกครอง วันที่ออกบัตร 13 ม.ค.2560 บัตรหมดอายุวันที่ 14 ม.ค.2568 ที่อยู่ ปัจจุบันเลขที่ 204 หมู่ 1 ตำบลเขาสามสิบ อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว 27000 เป็นผู้ใช้อำนาจเต็มในการดำเนินการ

☒ [✓] ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด ☒ [✓] ใบสั่งการของแพทย์ (Doctor order)

☐ [] ขอสรุปประวัติการรักษาพยาบาล ☒ [✓] Nursing Progress note

☐ [] อื่นๆ

ของ น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ลายนิ้วมือของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้าและพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....วันเพ็ญ สิงหนาม.....ผู้มอบอำนาจ

ตัวบรรจง (น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับมอบอำนาจ

ตัวบรรจง (นางสาวกัสสร นามเสนา)

(ลงชื่อ)..........พยาน

ตัวบรรจง(นางสาวนปภัช ภูมินางงาม)

(ลงชื่อ)..........พยาน

ตัวบรรจง(นางสาวพัชรา ชาติธรรม)



วันที่ 28 เดือน ก.ย พ.ศ. 65

เรื่อง ขอรายละเอียดแบบสอบถามแพทย์เพิ่มเติม

เรียน แพทย์ผู้ทำการรักษา, หัวหน้าฝ่ายการเงินผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล ศรีนครินทร์

ตามที่สมาชิก ผู้เอาประกันชื่อ น.ส.วันวิศา ล้วนกลม HN. 510189751

AN โดยเข้ารับการรักษาที่ รพ.ของท่านเมื่อวันที่ ถึง วันที่ นั้น

บริษัทฯ ใคร่ขอสอบถามข้อมูลการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้รักษาเพิ่มเติม ดังนี้

1. อยากทราบว่า การเจ็บป่วยด้วย Covid 19 infection ในผู้ป่วยรายนี้สามารถรักษาแบบ Home Isolation/Community Isolation ได้หรือไม่ อย่างไร

- ☐ ได้ เพราะ.....
- ☐ ไม่ได้ โดยมีข้อบ่งชี้ในการนอนรพ. คือ.....

และมีจำนวนคืนนอนที่เหมาะสมโดยมีความจำเป็นทางการแพทย์ คือจำนวน.....คืน

2. อยากทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน อย่างไร

- ☐ ใช้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ระยะเวลา นานกว่า 24 ชั่วโมง (วัดไข้ได้.....องศาเซลเซียส)

- ☐ หายใจเร็วกว่า 25 ครั้ง ต่อนาทีในผู้ใหญ่ (หายใจ.....ครั้งต่อนาที)

- ☐ Oxygen saturation < 94% (วัดค่า Oxygen saturation ได้.....%)

- ☐ โรคประจำตัวที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือจำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ตามดุลยพินิจของแพทย์ โปรด

ระบุรายละเอียด.....

- ☐ สำหรับในเด็ก มีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตื่นนอนหรือทานอาหารน้อยลง หรือไม่ อย่างไร

มีต่อหน้าที่ 2

3. อยากทราบว่าท่านนอนหลับครั้งนี้ เป็นการร้องขอของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

☐ ใช่ เพราะ.....

☐ ไม่ใช่ เพราะ.....

4. ขอทราบข้อบ่งชี้โดยมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนี้ คือ

.....
.....

5. อยากทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ มีโรคประจำตัวอื่นอีกหรือไม่

☐ 5.1. มี คือโรค.....

ตรวจพบครั้งแรกเมื่อใด (โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ให้ชัดเจน).....

รักษาที่ได้มาก่อน ท่านมีแผนการรักษาต่อไป อย่างไร.....

สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการรักษาในครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร.....

☐ 5.2. ไม่มี

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการ บริษัทฯขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจรักษา

วันที่/...../.....

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวกัศสร นามเสนา)

เจ้าหน้าที่สาขา..... สร:121



ข้าพเจ้า นพ.ราเชษฎ์ เชิงพนม ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
 จันทะเบียนประกอบโรคศิลป์ สาขา _____ เลขที่ ว20159
 ได้ทำการตรวจรักษา น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม
 เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2565
 มีอาการ ติดเชื้อไวรัส Covid-19

วินิจฉัยว่าเป็นโรค ติดเชื้อไวรัส Covid-19

เห็นว่า รับการ Admit ที่โรงพยาบาล 09/09/65-10/09/65 ให้กักตัวอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลา 9 วัน

ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 18 กันยายน 2565



(ลงชื่อ) _____
นพ.ราเชษฎ์ เชิงพนม
แพทย์ผู้ตรวจรักษา

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 2510 00354 51 5

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. วันเพ็ญ สิงหนาม
Name Miss Wanphen
Last name Singhanam
เกิดวันที่ 16 ก.ค. 2503
Date of Birth 16 Jul. 1960
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 71 หมู่ 5 ต.บ้านด่าน อ.อรัญประเทศ
จ.สระแก้ว
19 ก.ย. 2565
วันออกบัตร
19 Sep. 2022
Date of Issue

อายุ 65 ปี
อายุขัยเฉลี่ย
LIFELONG
2798-02-09191008



สวัสดีค่ะ
น.ส.วันเพ็ญ สิงหนาม



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 2504 00210 55 6
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. ภัสสร นามเสนา

Name Miss Patsorn

Last name Namsena

เกิดวันที่ 15 ม.ค. 2534

Date of Birth 15 Jan. 1991

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 204 หมู่ที่ 1 ต.เขาสามลึง อ.เขาฉกรรจ์

จ.สระแก้ว

13 ม.ค. 2560

วันออกบัตร

13 Jan. 2017

Date of Issue

รองศาสตราจารย์
(ศาสตราจารย์พิเศษ)
เจ้าพนักงานออกบัตร

14 ม.ค. 2568

วันบัตรหมดอายุ

14 Jan. 2025

Date of Expiry



2707-03-01130924

นางสาวภัสสร นามเสนา

[Signature]

นางสาวภัสสร นามเสนา