



ที่ สม. 65/24

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5420
วันที่ 5 ม.ก. 65
เวลา 14:21

วันที่ 28 กันยายน 2565

เรื่อง ขอรายละเอียดประวัติการรักษา และแบบสอบถามแพทย์ น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรัฐประเทศ

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

เนื่องจาก น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ สมาชิกผู้เอาประกัน โครงการบัตรประกันสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่มข้าราชการ Siam Smile Card บริษัท สไมล์ ทีพีเอ จำกัด ได้เข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลรัฐประเทศ และได้ส่งเอกสารเพื่อเรียกร้องสินไหมมายังโครงการฯ แต่เนื่องจากจำเป็นต้องขอรายละเอียดประวัติการรักษาของ น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ 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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
- ☒ เพื่อโปรดพิจารณา
- ☒ เห็นความชอบ DPD+ การโอนออกใบเสร็จ
- ☐ อื่นๆ

6 ต.ค 65

ขอความเห็น

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกัทสร นามเสนา)

ผู้พิจารณาสินไหมสาขาสระแก้ว

140/16

พล
ท.จ.ก

6/1/65

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
07 ต.ค. 2565

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ สม.65/23

วันที่ 28 กันยายน 2565

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชนเลขที่ 3-9011-00230-67-6 ออกโดยกรมการปกครอง วันที่ออกบัตร 2 มิ.ย.57 บัตรหมดอายุ 10 ต.ค.65 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 69/171 ซ.ลาดพร้าว 112 แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร ไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง

จึงมอบอำนาจให้ นางแคทลียา อารีประชา ซึ่งเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวข้าราชการ/ประชาชนเลขที่ 1-2504-00248-77-4 ออกโดยกรมการปกครอง วันที่ออกบัตร 13 ก.ย.59 บัตรหมดอายุวันที่ 17 ก.ค.66 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ 314/1 หมู่ 2 ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 27000 เป็นผู้มีอำนาจเต็มในการดำเนินการ

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

☒ [✓] ขอสรุปประวัติการรักษาพยาบาล ☒ [✓] Nursing Progress note

☐ [] อื่นๆ คำถามแพทย์

ของ น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ลายนิ้วมือของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ/ลายพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้าและพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....จารุณี แก้วคงบุญ.....ผู้มอบอำนาจ

ตัวบรรจง (น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

ตัวบรรจง(นางแคทลียา อารีประชา)

(ลงชื่อ).....พยาน

ตัวบรรจง (นางสาวนภัส ภูมินางาม)

(ลงชื่อ).....พยาน

ตัวบรรจง(นางสาวกัศสร นามเสนา)



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ สม.65/23

วันที่ 28 กันยายน 2565

ข้าพเจ้า น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ อายุ 47 ปี ขอยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล และ สถานพยาบาลทุกแห่งที่มีประวัติการรักษาโรคในอดีตจนถึงปัจจุบันของ น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ สามารถเปิดเผยประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของ น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ ให้แก่บริษัท สไมล์ ทีพีเอ จำกัด ได้

โดยข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายใดๆต่อผู้ที่เปิดเผยข้อมูลของ น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ ดังกล่าวมาแล้ว

(ลงชื่อ)..... จารุณี แก้วคงบุญผู้ให้ความยินยอม
(น.ส.จารุณี แก้วคงบุญ)

(ลงชื่อ)..... ซอมนะพยาน
(นางสาวนภัส ภูมินางาม)

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

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

วันที่ 28 เดือน ก.ย พ.ศ. 65

เรื่อง ขอรายละเอียดแบบสอบถามแพทย์เพิ่มเติม

เรียน แพทย์ผู้ทำการรักษา, หัวหน้าฝ่ายการเงินผู้ป่วยในและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล... ศรีนครินทร์

ตามที่สมาชิก ผู้เอาประกันชื่อ น.ศ. จารุกี นาม HN.

AN โดยได้รับการรักษาที่ รพ.ของท่านเมื่อวันที่ 16 ธ.ค 65 ถึงวันที่ 17 ธ.ค 65 นั้น

บริษัทฯ ใคร่ขอสอบถามข้อมูลการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้รักษาเพิ่มเติม ดังนี้

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

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

และมีจำนวนคืนนอนที่เหมาะสมโดยมีความจำเป็นทางการแพทย์คือจำนวน.....คืน

2. อยากทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นทางการแพทย์และมาตรฐานทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 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
ระบุนายละเอียด.....

☐ สำหรับในเด็ก มีอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตื่นนอนหรือทานอาหารน้อยลง หรือไม่ อย่างไร

มีต่อหน้า 2

3. อยากทราบว่าการนอนรพ.ครั้งนี้ 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



นางสาวภัสสร นามเสนา

(.....)

เจ้าหน้าที่สาขา.....สร:เพ็ญ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 3 9011 00230 67 6
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล น.ส. จารุณี แก้วคงบุญ
Name Miss Jaranee
Last name Kaewkhongbun
เกิดวันที่ 11 ต.ค. 2517
Date of Birth 11 Oct. 1974
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 89/171 ซ.ลาดพร้าว 2112 (เขื่อนชลประทาน) แขวงพญาไท
เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร
2 มิ.ย. 2557
วันออกบัตร 6 มิ.ย. 2014 (นางสาวจันทนา สว่างใส)
Date of Issue เจ้าหน้าที่ออกบัตร

10 ต.ค. 2565
วันบัตรหมดอายุ 10 Oct. 2022
Date of Expiry 2798-01-08021419



สำเนาถูกต้อง

น.ส. จารุณี แก้วคงบุญ



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 2504 00248 77 4
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาง แคทลียา อารีประชา



Name Mrs. Khattaleeya

Last name Areepracha

เกิดวันที่ 18 ก.ค. 2535

Date of Birth 18 Jul. 1992

ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 314/1 หมู่ที่ 2 ต.ท่าเกษม อ.เมืองสระแก้ว

จ.สระแก้ว

13 ก.ย. 2559

วันออกบัตร

13-Sep-2016

Date of Issue

รพช.ท่าเกษม

(แพทย์ประจำบ้าน)

เลขพนักงานสาธารณสุข

17 ก.ค. 2568

วันบัตรหมดอายุ

17 Jul. 2025

Date of Expiry

2701-03-09131446



(นางแคทลียา อารีประชา)

ใบรับรองแพทย์
โรงพยาบาลอภัยประเทศ
อำเภออภัยประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ข้าพเจ้า นพ. วราเชน ใจทอง ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุข
จึงขอเป็นรองอธิบดีกรมการแพทย์ สาข..... เลขที่ 229152
ได้ทำการตรวจรักษา น.ส. งามณี แก้วทอง
เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2565
มีอาการ คัดจมูก ไอ Covid-19
วินิจฉัยว่าเป็นโรค คัดจมูก ไอ Covid-19
เห็นว่า รับการ Admit ที่โรงพยาบาล 16/08/65-17/08/65 ไม่ไอหรือมีไข้เป็นระยะเวลารวม
..... ตั้งแต่วันที่ 17 สิงหาคม 2565 ตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2565



(ลงชื่อ)

.....
นพ. วราเชน ใจทอง
แพทย์ผู้ตรวจรักษา