

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย : ..... เพศ :  ชาย  หญิง อายุ : ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน.....  
 ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ) .....HN.....AN.....  
 แบบผู้ป่วยใน ที่  โรงพยาบาล  Hospitel .....  โรงพยาบาลสนาม .....  
 หรือแบบ  Home Isolation  Community Isolation .....  Hotel Isolation .....  อื่น ๆ .....  
 วันที่เริ่มป่วยหรือมีอาการแสดง วันที่ ..... มีอาการ .....  
 วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก: ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....รวม ..... วัน (ถ้ามี ICU โปรดระบุช่วงวันที่รับการรักษา.....)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี  
 ไม่ได้ตรวจยืนยัน  
 RT-PCR  Rapid PCR ตรวจเมื่อวันที่ ..... ผลตรวจออกเมื่อวันที่ ..... ผลตรวจเป็น  Detected  Not detected  
 สถานพยาบาลที่ตรวจ .....  
 ATK ตรวจเมื่อวันที่ ..... ผลตรวจเป็น  Detected  Not detected สถานพยาบาลที่ตรวจ .....

1. ผู้ป่วยมีโรคหรือปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า60ปี, เด็กอายุน้อยกว่า5ปี, โรคปอดเรื้อรัง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรังในเด็ก, กลุ่มโรคพันธุกรรมในเด็ก, เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ภาวะอ้วน, ดับแข็ง, ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ, โรคมะเร็ง, หลัງตั้งครรภ์ หรือมีโรคร่วมสำคัญหรือภาวะอื่น ๆ เป็นปัจจัยให้มีความรุนแรงของโรคมักขึ้น มีหรือไม่  
 ไม่มี  มี (ถ้ามีโปรดระบุ) .....  
 2. น้ำหนัก ..... กก. ส่วนสูง ..... ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI) .....  
 3. มีอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติ (Sign and Symptom) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่  
 ไม่มี โปรดระบุเหตุผลของการเข้าพักรักษาตัวในครั้งนี้  เพื่อแยกกักตัว(Isolation)  อื่นๆ .....  
 มี (ถ้ามีโปรดระบุ / เลือกได้มากกว่า 1 รายการ) ตามด้านล่าง

อาการ	ถ้ามี โปรดระบุช่วงระยะเวลาที่มีอาการหลังตรวจพบเชื้อโควิด หรือช่วงเวลาที่รับการรักษา (ว/ค/ป - ว/ค/ป)
<input type="checkbox"/> ไข้ อ่อนเพลีย ..... องศาเซลเซียส	
<input type="checkbox"/> ท้องเสีย (จำนวน.....ครั้ง/วัน)	
<input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน (จำนวน.....ครั้ง/วัน)	
<input type="checkbox"/> อาการปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือภาพเอกซเรย์ปอดพบมีปอดอักเสบ	
<input type="checkbox"/> หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือหายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจปกติ RR ..... bpm	
<input type="checkbox"/> ค่า O2 sat .....%	
<input type="checkbox"/> ซึมลง ตื่นนมหรือทานอาหารได้น้อยลง (สำหรับในเด็ก)	
<input type="checkbox"/> มีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> O2 canular <input type="checkbox"/> O2 mask with bag <input type="checkbox"/> ใส่ท่อช่วยหายใจ	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ .....	

4. การรักษาที่ได้รับ .....  
 การให้ยารักษาโรคติดเชื้อโควิด-19  ไม่ให้  ให้ วันที่รับยาโดสแรก .....  
 Favipiravir  
 Remdesivir เหตุผลของการให้ยานี้.....  
 ยาอื่น ๆ เหตุผลของการให้ยานี้.....  
 อื่น ๆ .....  
 5. ตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ กำหนดระยะเวลากักตัวที่ไม่เกิน10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป กรณีที่จำนวนวันที่กักตัวมากกว่าหรือไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอความกรุณาแจ้งความจำเป็นทางการแพทย์ตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน  
 .....  
 .....