



Medical Certificate/Physician Statement for Physical Therapy Treatment

Insured's First Name: ..... Last Name: .....

Treatment Date: ..... Time: .....

Chief Complaint and Duration: .....

.....

.....

Present Illness or Cause of Injury: .....

.....

.....

In Case of Accident

Date of Accident: ..... Time: .....

Injured Area: ..... Pain Score: .....

In Case of Non-accident

Pain Area: ..... Pain Score: .....

Diagnosis: .....

Type of Physical Therapy Treatment: .....

Indication for Physical Therapy: .....

.....

Symptoms after Physical Therapy Treatment: .....

.....

For continuation of physical therapy exceeding 3 sessions, please specify medical necessity:

.....

.....

Physician's Name: ..... Medical License No.: .....

(.....) Date: .....

(Clinic/Hospital Seal)

Remark: This document is for a physical therapy treatment claim per time.



**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 :** เอกสารฉบับนี้ใช้การเรียกกริ่งสินไหมต่อครั้งในการทำกายภาพบำบัด