

ตอน 2 - ให้นายแพทย์ผู้ตรวจรักษาเป็นผู้กรอก PART B To be completed by the Attending Physician		
ชื่อผู้ป่วย Name of Patient	อายุ AGE	เพศ Sex
การวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นสาเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล What was the diagnosis (please give medical terminology) which resulted in Hospitalization ?		
สาเหตุ และพยาธิสภาพของโรคจากการวินิจฉัยโรสดังกล่าวข้างต้น Case and pathology (if applicable) of the above diagnosis ?		
การรักษา และ / หรือการผ่าตัด โปรรระบุประเภทของการผ่าตัดถ้ามี Treatment and / or surgery, if surgical operation was involved, please give type of the operation :		
อาการนี้เป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ Is condition congenital ?		
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Yes No </div>		
อาการเจ็บป่วยและการรักษาครั้งนี้เกิดเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ คลอดบุตร แท้งบุตร หรือความยุ่งยากอื่นใด อันเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ Is condition and treatment thereof due to pregnancy, childbirth , miscarriage, or complications arising from pregnancy.		
<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ Yes No </div>		
ถ้าใช่ โปรดแจ้งวันที่ใกล้เคียงที่สุดที่เริ่มตั้งครรภ์ If yes, please give approximate date of commencement of pregnancy.		
_____ เดือน / วัน / ปี M D Y		
ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล Period of Confinement in hospital	ลายเซ็นแพทย์ Physician's Signature	
_____ จาก เดือน / วัน / ปี ถึง เดือน / วัน / ปี From M D Y To M D Y	วุฒิ Qualification	
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล Name, and address of hospital	(โปรดระบุวุฒิที่ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ โรคด้วย) ที่อยู่ Address	
_____ _____ โทร. _____	_____ โทร. _____	

สำหรับ เอ.ไอ.เอ.

For AIA Use

เลขที่เรียกร้อง Claim No.	วันที่รับ Date of Receipt
------------------------------	------------------------------