



ใบแสดงความเห็นของแพทย์
Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปรัญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
Insured's Name _____ Age _____ Height _____ Weight _____

1. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity

2. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือตรวจพิเศษอื่นๆ

State briefly the result of Neurological Examination, Laboratory tests, X-ray, etc.

3. การวินิจฉัย

Diagnosis

4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

Any complication

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ _____ จนถึง _____ ที่ _____

Treatment render by you since _____ until _____ At _____

ชนิดของการรักษา

Character of treatment

6. การตรวจร่างกาย Physical Examination						
6.1 กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right Left	Grade: 0 I II III IV V Grade: 0 I II III IV V	Leg	Right Left	Grade: 0 I II III IV V Grade: 0 I II III IV V
6.2 ระดับความรู้สึกตัว Level of Conscious.	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert		<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious	
6.3 ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Normal		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding		
6.4 ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia		
6.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Total independent		<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent		
6.6 ความสามารถในการเดินเคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Total independent		<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์คนช่วย คือ Dependent with gait aid	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent		
6.7 ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ เหมาะสม Proper		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและ แก้ปัญหา Difficult	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable		
6.8 ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able		<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable		
6.9 ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled		<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled		
6.10 การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving		<input type="checkbox"/> คงที่ Stationary	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor		
6.11 ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment						

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย: _____ ลายมือชื่อ: _____
Name of physician _____ Signature _____

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1: _____ คุณวุฒิ: _____ วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา: _____
Thailand's Medical Registration No. _____ Qualification _____ Specialty _____

ชื่อของสถานพยาบาล: _____ หมายเลขโทรศัพท์: _____ วันที่ตรวจ: _____
Name of Hospital _____ Telephone No. _____ Date of Examination _____