

ใบแสดงความเห็นของแพทย์

Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 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 your 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"/>	เดินเคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ Dependent with galt aid	<input type="checkbox"/>	เดินเคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent		
6.7 ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/>	ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper	<input type="checkbox"/>	มีความยากลำบากในการตัดสินใจ และแก้ปัญหา 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"/>	ทุพพลภาพทั้งหมด 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

Speciality

ชื่อของสถานพยาบาล: _____ หมายเลขโทรศัพท์: _____ วันที่ตรวจ: _____

Name of Hospital

Telephone No.

Date of Examination