

ใบรายงานความเห็นแพทย์ กรณีประเมินทุพพลภาพ
Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed by doctor at Insured's expense

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

1. For Accident วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา น.
Date of accident Time

2. For Illness อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด
How long had the patient experienced these symptoms

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ
State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ
State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย
Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ
Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ จนถึง ที่
Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา
character of treatment

ช. การตรวจร่างกาย Physical Examination			
1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right Grade : 0 I II III IV V Left Grade : 0 I II III IV V	Leg Right Grade : 0 I II III IV V Left Grade : 0 I II III IV V
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สะลึมสะลือ Drowsy
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ Dependent with gait aid.....	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent
7. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable
8. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled
9. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving	<input type="checkbox"/> คงที่ Stable	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor
10. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment			

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย :ลายมือชื่อ
Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ :คุณวุฒิ :วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา :
Thailand's Medical Registration No. Qualificationวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา :

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