



ใบแสดงความเห็นของแพทย์ กรณีประเมินสูญเสียสายตา  
(แพทย์ผู้ทำการตรวจต้องเป็นจักษุแพทย์และมีใบประกอบโรคศิลป์)

ชื่อผู้ป่วย ..... HN .....

อายุ ..... ปี

วันที่ตรวจ .....

ประวัติการบาดเจ็บที่ตา / โรคตา .....

- .....
- .....
- .....

ผลของการตรวจตา	ตาขวา	ตาซ้าย
ระดับสายตา	.....	.....
ส่วนหน้าของตา	.....	.....
ความดันตา	.....	.....
ประสาทตา	.....	.....

การวินิจฉัย - .....

- .....

- .....

สามารถรักษาให้หายได้หรือไม่ .....

ความเห็นเพิ่มเติม .....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

( )

ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่ ..... วุฒิ .....

สำนักงาน ..... โทร. ....

วันที่ .....

ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบุคคลใด ซึ่งเคยตรวจ หรือรักษาข้าพเจ้า หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เปิดเผยข้อเท็จจริงที่ได้ทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า ให้บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด ( มหาชน ) ทราบตามที่ต้องการทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ป่วย

