



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. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่

จนถึง

ที่

Treatment render by your since

Until

At

ชนิดของการรักษา

Character of treatment

Table with 6 columns: Physical Examination, Arm, Right, Left, Leg, Right, Left. Rows include Muscle Power, Level of Conscious, Listening, Speaking, Activity Daily Life, Mobility, Decision Making, Working, Type of Disabled, Prognosis, and 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