

ใบแสดงความเห็นของแพทย์
Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและนามสกุลผู้ประกันภัย _____ 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

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"/> เดินเคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์คนช่วย คือ Dependent with galt aid		<input type="checkbox"/> เดินเคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent	
6.7 ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา 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"/> แย่งลง 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