



การตรวจร่างกาย
Physical Examination

กรุณากรอกข้อความต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ Must be completed by doctor at Claimant's expense.

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน :อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
Insured's Age year Height Cm. Weight Kg.

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

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

.....
.....
.....

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ

State briefly the result of Neurological examination , Laboratory tests , X-ray , etc.

.....
.....
.....

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ

State briefly the character of treatment since the disability occurred.

.....
.....
.....
.....

จ. การวินิจฉัยโรค

Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ :

Any Complications

ข. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ : จนถึง : ที่ :

Treatment render by you since

Until

At

ชนิดของการรักษา :

Character of treatment

ซี. การตรวจร่างกาย

Physical Examination

1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Rt. arm Grade: O I II III IV V	Lt. arm Grade: O I II III IV V		
	leg Grade: O I II III IV V	leg Grade: O I II III IV V		
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟัง- เข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding	
4. ความสามารถในการพูด Talking	<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/เคลื่อนตัวได้เมื่อมี อุปกรณ์ช่วยคือ..... Dependent with gait aid	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent	
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ Difficult	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable	
8. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ อำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable	
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disable	
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving	<input type="checkbox"/> คงที่ Stationary	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor	
11. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment				

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย.....	ลายมือชื่อ.....
Name of Physician	Signature
หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1	คุณวุฒิ.....
Thailand's Medical Registration No.	Specialty
ชื่อของสถานพยาบาล.....	หมายเลขโทรศัพท์.....
Name of Hospital	Telephone No.
	วันที่ตรวจ.....
	Date of Examination