

กรุณารอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์โดยแพทย์ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ผู้มีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

| | | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1 | ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย : | อายุ : | ส่วนสูง : | น้ำหนัก : |
| 1.1 | For Accident | วันที่เกิดอุบัติเหตุ :/...../..... | เวลา : | น. |
| 1.2 | For Illness | อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด : | | |
| 2 | กรณีระบุสาเหตุ และความรุนแรงของการทุพพลภาพ : | | | |
| 3 | กรณีระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ : | | | |
| 4 | กรณีระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ : | | | |
| 5 | การวินิจฉัย : | | | |
| 6 | ภาวะแทรกซ้อนที่พบ : | | | |
| 7 | ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ : จนถึง ที่ : | | | |
| | ชนิดของการรักษา : | | | |
| 8 | การตรวจร่างกาย | | | |
| 8.1 | กำลังของกล้ามเนื้อ | Arm | Right Grade: 0 I II III IV V | Leg |
| | | Left Grade: 0 I II III IV V | Right Grade: 0 I II III IV V | Left Grade: 0 I II III IV V |
| 8.2 | ระดับความรู้สึกตัว | <input type="radio"/> รู้สึกตัว <input type="radio"/> สับสน <input type="radio"/> สะลึมสะลือ <input type="radio"/> ไม่รู้สึกตัว | | |
| 8.3 | ความสามารถในการฟัง | <input type="radio"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ <input type="radio"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ <input type="radio"/> ฟังไม่เข้าใจเลย | | |
| 8.4 | ความสามารถในการพูด | <input type="radio"/> พูดเหมือนปกติ <input type="radio"/> มีความยากลำบากในการพูด <input type="radio"/> พูดไม่ได้เลย | | |
| 8.5 | ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน | <input type="radio"/> ทำได้เอง <input type="radio"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย <input type="radio"/> ทำเองไม่ได้เลย | | |
| 8.6 | ความสามารถในการเดิน / เคลื่อนตัว | <input type="radio"/> เดินได้เอง <input type="radio"/> เดิน / เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย <input type="radio"/> เดิน / เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย | | |
| 8.7 | ความสามารถในการทำงาน | <input type="radio"/> ทำงานได้ <input type="radio"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย <input type="radio"/> ไม่สามารถทำงานได้ | | |
| 8.8 | ชนิดของทุพพลภาพ | <input type="radio"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว <input type="radio"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร <input type="radio"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร | | |
| 8.9 | การพยากรณ์โรค | <input type="radio"/> ดีขึ้น <input type="radio"/> คงที่ <input type="radio"/> แย่ลง | | |
| 8.10 | ความเห็นเพิ่มเติม | | | |

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : ลายมือชื่อ :

| | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------|-------|----------------------------|-------|
| เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ | (Completion is Compulsory) | คุณวุฒิ | | วุฒิบัตร / อนุมัติบัตรสาขา | |
| ชื่อของสถานพยาบาล | | หมายเลขโทรศัพท์ | | วันที่ตรวจ | |