

PHYSICIAN EXAMINATION REPORT
แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ
PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)

First Name : (ชื่อแรก)		Middle Name : (ชื่อกลาง)		Last Name: (ชื่อสกุล)	
Address (ที่อยู่) :					
Tel (โทรศัพท์) :		Fax (โทรสาร) :		E-Mail (อีเมล) :	
Date of Birth (วัน/เดือน/ปี เกิด) :		Age (อายุ) :		Sex (เพศ):	
Country of Citizenship : (ประเทศที่เกิด)		Country of Residence : (ประเทศที่พำนักอาศัย)			
Father's Name (ชื่อนิดา) :		Mother's Name (ชื่อมารดา):			
If Deceased, Cause of death : (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)		If Deceased, Cause of Death : (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
No. of Siblings : (จำนวนพี่น้อง)		If Any sibling is Deceased, cause of Death : (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
Medical Coverage (ท่านถือกรมธรรม์ประกันสุขภาพของบริษัทอื่นอยู่) : YES (ใช่) <input type="checkbox"/> NO (ไม่) <input type="checkbox"/>					
This note gives the physician permission to report any medical information requested to Pacific Cross Health Insurance Co., Ltd. Or its administrators. (ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพขอแบบสอบถามด้านล่างเพื่อเป็นการให้แก่บริษัทแปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)					
Applicant's Signature : (ลายเซ็นของผู้สมัคร)				Date : (วันที่)	

PART II (TO BE FILLED OUT BY PHYSICIAN (กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ))

II-A MEDICAL QUESTIONNAIRE (Mark "Yes" or "No" and circle the specific item (ตอบแบบสอบถามการตรวจสุขภาพ) (ระบุ "ใช่" หรือ "ไม่" และวงกลมลงบนเนื้อหาที่ต้องการเจาะจง))					
	YES	NO		YES	NO
1. Weight loss/weight gain over the past year (น้ำหนักลด/เพิ่ม ในปีที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Frequent/painful urination, flank pain hematuria, kidney stones, prostate problems (อาการปวดเวลาขับปัสสาวะบ่อยๆ อาการเจ็บปวดบริเวณชายโครง ภาวะถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน โรคนี้ว่าในไต มีปัญหา เกี่ยวกับต่อมลูกหมาก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recurrent headaches, dizziness, seizure, TIA, CVA, localized weakness or paresthesias, (มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ วิงเวียน ชัก โรคหลอดเลือดสมอง ตีบชั่วคราว โรคอัมพาต อัมพฤกษ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่หรือมีอาการ อัมพาตบางส่วน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Abnormal vaginal discharge, bleeding, pelvic pain, painful/abnormal menstruation, breast nodules or tenderness (มีความผิดปกติของสารคัดหลั่งจากช่องคลอด เลือดออกจากช่องคลอด อาการปวดท้องน้อย อาการปวดประจำเดือนหรือประจำเดือนผิดปกติ พบก้อนที่เต้านมและกดเจ็บ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Visual complaints, ENT complaints, epistaxis, decreased hearing, tinnitus (มีความผิดปกติทางด้านการมองเห็น มีความผิดปกติที่หู คอ จมูก เลือดกำเดาไหล การได้ยินลดลง หูอื้อ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Joint pain, arthritis, muscle pain, low back pain, claudication, paresthesias, cramps, edema (อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดหลังส่วนล่าง อาการกะตุกปวดประสาท ความรู้สึกสัมผัส ผื่น ตะคริว บวม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Recurrent abdominal pain, GERD, change in bowel habits and color of stool, hematemesis, hematochezia or melena (มีอาการปวดบริเวณช่องท้องบ่อยๆ ภาวะกรดไหลย้อน การทำงานของลำไส้แปรปรวนหรือผิดปกติ สีอุจจาระผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีเลือดปน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ecchymoses, petechiae, easy bruising, gum or nose bleeding, icterus, rashes (อาการจ้ำหรือห้อเลือด จุดแดงใต้ผิวหนัง ฟกช้ำง่าย เลือดออกตามเหงือกหรือจมูก ลิ้นช้ำ ผื่นคัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, palpitations, shortness of breath easy fatigability, orthopnea, CHF paroxysmal nocturnal dyspnea (อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั้น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ภาวะหัวใจล้มเหลว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Asthma, COPD, chronic cough, bronchitis, bloody sputum, urticaria, allergies, (หอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ เสมหะมีเลือดปน โรคลมพิษ โรคภูมิแพ้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Details (รายละเอียด) :		



OUR CONTACT INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
 152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21
 ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม
 เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL
 152 Chartered Square Building 21st Floor,
 Room 21-01, North Sathorn Road, Silom,
 Bangrak, Bangkok 10500

 Tax Number: 0107556000086
 Tel: +662 401 9189
 Fax: +662 401 9187
 www.PacificCrossHealth.com

ADDITIONAL INFORMATION (ข้อมูลเพิ่มเติม) :			
SOCIAL HISTORY (ประวัติอื่นๆ) :	YES	NO	
SMOKING (การสูบบุหรี่) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amount (ปริมาณการสูบ) :
ALCOHOL INTAKE (การดื่มแอลกอฮอล์) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amount (ปริมาณการดื่ม) :
ANY FORM OF EXERCISE (การออกกำลังกาย) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Details (รายละเอียด) :
FAMILY HISTORY (ประวัติครอบครัว) :			
PAST MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยรักษา) :			
CURRENT MEDICATIONS (ยาที่ใช้ในปัจจุบัน) :			

II-B PHYSICAL EXAMINATION REPORT :

(Please comment on each area)

1	VITAL SIGNS (สัญญาณชีพ): BP:		HR :	/MIN	RESP :		TEMPERATURE :	°C
	HEIGHT :		CM	WEIGHT :		KG		
2	HEENT :	EYES (ตา)						
		NECK/THROAT (คอ/ลำคอ)						
		EARS (หู)						
3	LUNGS (ปอด) :							
4	HEART (หัวใจ) :							
5	ABDOMEN (ช่องท้อง) :		SCARS (แผลเป็น) :		RECTAL (ทวารหนัก) :			
6	EXTREMITIES (แขน ขา) :			BACK (หลัง) :				
7	NEURO (ระบบประสาท) :							



DIAGNOSTIC TEST RESULTS : (copies of relevant results are required (กรุณาระบุสำเนาผลการตรวจประกอบการพิจารณา)			
A	CHEST X-RAY (เอ็กซเรย์ปอด)		
B	12LEAD ECG (คลื่นไฟฟ้าหัวใจ)		
C	ROUTINE URINALYSIS (ตรวจปัสสาวะ)		
D	COMPLETE BLOOD COUNT (CBC) (ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด)		
E	HEPATITS TESTING (B,C) (ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี)		
F	LIPID PROFILE (ตรวจไขมันในเลือด)		
G	URIC ACID (ตรวจหากรดยูริกในเลือด)		
H	LIVER FUNCTION TEST (SGOT, SGPT, ALP) (ตรวจการทำงานของตับ)		
I	KIDNEY FUNCTION TEST (BUN, Creatinine) (ตรวจการทำงานของไต)	J	FASTING BLOOD SUGAR (ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด)
K	HEMOGLOBIN A1C (ตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม)	L	PSA (for male) (ตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมาก)
M	STOOL (OCCULT BLOOD) (ตรวจหาเลือดในอุจจาระ)	N	C-REACTIVE PROTEIN (สารบ่งชี้การอักเสบ)
O	BILATERAL MAMMOGRAPHY/ ULTRASOUND (for female) (การตรวจหามะเร็งเต้านม (ด้วยเครื่อง) :		
IMPRESSION (สรุปผลการตรวจ) :			
M.D.			
Date		Signature Over Printed Name	

