

## PHYSICIAN EXAMINATION REPORT

### แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ

#### PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)

<b>First Name :</b> (ชื่อแรก)		<b>Middle Name :</b> (ชื่อกลาง)		<b>Last Name:</b> (ชื่อสกุล)	
<b>Address (ที่อยู่) :</b>					
<b>Tel (โทรศัพท์) :</b>		<b>Fax (โทรสาร) :</b>		<b>E-Mail (อีเมล) :</b>	
<b>Date of Birth (วัน/เดือน/ปี เกิด) :</b>		<b>Age (อายุ) :</b>		<b>Sex (เพศ):</b>	
<b>Country of Citizenship :</b> (ประเทศที่เกิด)		<b>Country of Residence :</b> (ประเทศที่พำนัก)			
<b>Father's Name (ชื่อนิดา) :</b>		<b>Mother's Name (ชื่อมารดา):</b>			
<b>If Deceased, Cause of death :</b> (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)		<b>If Deceased, Cause of Death :</b> (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
<b>No. of Siblings :</b> (จำนวนพี่น้อง)		<b>If Any sibling is Deceased, cause of Death :</b> (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
<b>Medical Coverage (ท่านถือกรมธรรม์ประกันสุขภาพของบริษัทอื่นอยู่) :</b> 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))					
<b>Applicant's Signature :</b> (ลายเซ็นของผู้สมัคร)				<b>Date :</b> (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 โรคนี้ในไต มีปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recurrent headaches, dizziness, seizure, TIA, CVA, localized weakness or paresthesias, (มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ วิงเวียน ชัก โรคหลอดเลือดสมอง ตีบชั่วคราว โรคลมพัด อัมพฤกษ์ กัด้านเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่หรือมีอาการ 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 มีความผิดปกติหู 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 อาการกระตุกปวดประสาทรู้สึกสั่นไหว เท้าบวม)	<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 ตีขาน 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) :

PCH-UW-F11\_09JAN2023



**บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)**

152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21  
ห้อง 21-01 และ 02 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม  
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

**Pacific Cross Health Insurance PCL**

152 Chartered Square Building 21st Floor,  
Room 21-01 and 02, North Sathorn Road,  
Silom, Bangrak, Bangkok 10500

Tax Number: 0107556000086

Tel: +662 401 9189

Fax: +662 401 9187

www.PacificCrossHealth.com

**ADDITIONAL INFORMATION (ข้อมูลเพิ่มเติม) :**

--

<b>SOCIAL HISTORY</b> (ประวัติอื่นๆ) :	<b>YES</b>	<b>NO</b>	
<b>SMOKING</b> (การสูบบุหรี่) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Amount</b> (ปริมาณการสูบ) :
<b>ALCOHOL INTAKE</b> (การดื่มแอลกอฮอล์) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Amount</b> (ปริมาณการดื่ม) :
<b>ANY FORM OF EXERCISE</b> (การออกกำลังกาย) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Details</b> (รายละเอียด) :

<b>FAMILY HISTORY</b> (ประวัติครอบครัว) :

<b>PAST MEDICAL HISTORY</b> (ประวัติการเจ็บป่วยรักษา) :

<b>CURRENT MEDICATIONS</b> (ยาที่ใช้ในปัจจุบัน) :

**II-B PHYSICAL EXAMINATION REPORT :**

(Please comment on each area)

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



**DIAGNOSTIC TEST RESULTS :**  
(copies of relevant results are required (กรุณาแนบสำเนาผลการตรวจประกอบการพิจารณา))

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

