

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 (ชื่อนิตา) : | | | 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 คอส 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 โรคนี้ในไต มีปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Recurrent headaches, dizziness, seizure, TIA, CVA, localized weakness or paresthesias, (มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ วิงเวียน ชัก โรคลมแดดเลือดสมอง ตีบชั่วคราว โรคอัมพาต อัมพฤกษ์ กัดลิ้นเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่หรือมีอาการ 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 ตอ 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 อาการกะเผลกเหตุปวดประสาท ความรู้สึกสัมผัส เพี้ยน 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 การทำงานของลำไส้แปรปรวน หรือผิดปกติ สีอุจจาระผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีเลือดปน) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ecchymoses, petechiae, easy bruising, gum or nose bleeding, icterus, rashes (อาการจ้ำหรือห้อเลือด จุดแดงใต้ผิวหนัง ฟกช้ำง่าย เลือดออกตามเหงือกหรือจมูก ตีช้ำ 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) : | | |



ADDITIONAL INFORMATION (ข้อมูลเพิ่มเติม) :
SOCIAL HISTORY (ประวัติอื่นๆ) :
SMOKING

(การสูบบุหรี่) :

YES
NO
Amount

(ปริมาณการสูบ) :

ALCOHOL INTAKE

(การดื่มแอลกอฮอล์) :

Amount

(ปริมาณการดื่ม) :

ANY FORM OF EXERCISE

(การออกกำลังกาย) :

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) : | | | | | | | | |


 OUR CONTACT
INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

 152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21
ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL

 152 Chartered Square Building 21st Floor,
North Sathorn Road, Silom,
Bangrak, Bangkok 10500

PCH-UW-F11_09JAN2023

Tax Number: 0107556000086

Tel: +662 401 9189

Fax: +662 401 9187

www.PacificCrossHealth.com

DIAGNOSTIC TEST RESULTS :

(copies of relevant results are required (กรุณานำแบบสำเนาผลการตรวจประกอบการพิจารณา)

| | | | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--------------------------------------------------------|
| 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) :

_____ Date

M.D.

_____ Signature Over Printed Name

