

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 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 (น้ำหนักลดลง/เพิ่ม ในปีที่ผ่านมา) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Frequent/painful urination, flank pain hematuria, kidney stones, prostate problems (อาการปวดเวลาขับปัสสาวะบ่อยๆ อาการเจ็บปวดบริเวณชายโครง ภาวะถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน โรคนี้ว่าในไต 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 กว้านเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่หรือมีอาการ 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 อาการระลอกเหตุปวดประสาท ความรู้สึกสัมผัส เห็น 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 (มีอาการปวดบริเวณท้องบ่อยๆ 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 ตีชาน 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_15MAY2024



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) : | | | | | | |

PCH-UW-F11_15MAY2024



OUR CONTACT INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)
 3 อาคารริจินาการ ชั้นที่ 16 โซนบีซี
 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร
 กรุงเทพมหานคร 10120

Pacific Cross Health Insurance PCL
 3 Rajanakarn Building 16th Floor Zone BC
 South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn,
 Bangkok 10120

 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) (ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ซี) | | | |
| F | LIPID PROFILE (ตรวจไขมันในเลือด) | | | |
| G | URIC ACID (ตรวจหาคกรดยูริกในเลือด) | | | |
| 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
