

ใบแสดงความเห็นของแพทย์

Attending Physician's Statement

กรณารอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ

Must be completed by doctor at Claimant's expense

- ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน : อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.
- ข. กรณาระบุนสาเหตุ และความรุนแรงของการทุพพลภาพ State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.
.....
.....
- ค. กรณาระบุนผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.
.....
.....
- ง. กรณาระบุนการรักษาที่ผู้เอาประกันฯ ได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ State briefly the character of treatment since the disability occurred.
.....
.....
- จ. การวินิจฉัย :
Diagnosis
- ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ :
Any Complications
- ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ : จนถึง..... ที่.....
Treatment render by you since Until At
ชนิดของการรักษา :
Character of treatment

ช. การตรวจร่างกาย (Physical Examination)								
1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right	Grade : 0 I II III IV V		Leg	Right	Grade : 0 I II III IV V	
		Left	Grade : 0 I II III IV V			Left	Grade : 0 I II III IV V	
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	☐	รู้สึกตัว	☐	สับสน	☐	สลึมสลือ	☐	ไม่รู้สึกตัว
		Alert		Confuse		Drowsy		Unconscious
3. ความสามารถในการฟัง Listening	☐	ฟังเข้าใจเหมือนปกติ		☐	มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ		☐	ฟังไม่เข้าใจเลย
		Understanding			Difficult in understanding			Can't understanding
4. ความสามารถในการพูด Speaking	☐	พูดเหมือนปกติ		☐	มีความยากลำบากในการพูด		☐	พูดไม่ได้เลย
		Normal			Motor Dysphasia			Motor aphasia
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	☐	ทำได้เอง		☐	ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย		☐	ทำเองไม่ได้เลย
		Totally independent			Dependent with assistance			Totally dependent
6. ความสามารถในการเดิน / เคลื่อนตัว Mobility	☐	เดินได้เอง	☐	เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วยคือ			☐	เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย
		Totally independent		Dependent with gait aid				Totally dependent
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	☐	ตัดสินใจแก้ปัญหาได้		☐	มีความยากลำบากในการตัดสินใจ		☐	ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้
		Proper			Difficult			Unable
8. ความสามารถในการทำงาน Working	☐	ทำงานได้		☐	ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย		☐	ไม่สามารถทำงานได้
		Able			Able in adaptive circumstance			Unable
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	☐	ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability			☐	ทุพพลภาพถาวรบางส่วน Partial Permanent Disability		
	☐	ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Total Temporary Disability			☐	ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน Partial Temporary Disability		
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	☐	ดีขึ้น		☐	คงที่		☐	แย่ลง
		Improving			Stationary			Poor
11. ความคิดเห็นเพิ่มเติม								
Additional Comment								

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย :	ลายมือชื่อ :
Name of Physician	Signature
หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 :	คุณวุฒิ : วุฒิบัตร / อนุมัติบัตรสาขา :
Thailand's Medical Registration No.	Qualification Specialty
ชื่อของสถานพยาบาล :	หมายเลขโทรศัพท์ : วันที่ตรวจ :
Name of Hospital	Telephone No. Date of Examination

หมายเหตุ : ใช้เป็นเอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนเท่านั้น