



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ใบแสดงความเห็นของแพทย์

Attending Physician's Statement

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name ID. No. Age..... () Male () Female
Admission DateTimeDischarge DateTime..... HN. AN.

1. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ (State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity)
.....
2. การวินิจฉัย (Diagnosis)
.....
3. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Any Complications)
.....
4. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ จนถึง ที่
Treatment render by you since Until At
ชนิดของการรักษา
Character of treatment
5. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability

ชื่อ(Name)	สถานพยาบาล(Hospital/Clinic)	ตั้งแต่(Since)	จนถึง(Until)	ชนิดของการรักษา(Character of treatment)

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	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse					<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious							
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in Understanding					<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't Understanding								
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia					<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia								
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance					<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent								
6. ความสามารถในการเดิน / เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ Dependent with gait aid					<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent								
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult					<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้เลย Unable								
8. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance					<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable								
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled					<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disabled					<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled				
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving					<input type="checkbox"/> คงที่ Stationary					<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor				
11. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment															

I hereby Certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above

Physician's Name Specialty License No. Signature
Hospital Name..... Address Tel No.Date.....

ข้อควรทราบ : ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง