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 Date ……..Time ……Discharge Date ……..Time…… 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	☐ รู้สึกตัว Alert			☐ สับสน Confuse						☐ สลึมสลือ Drowsy						☐ ไม่รู้สึกตัว Unconscious		
3. ความสามารถในการฟัง Listening	☐ ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding			☐ มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in Understanding						☐ ฟังไม่เข้าใจเลย Can't Understanding								
4. ความสามารถในการพูด Speaking	☐ พูดเหมือนปกติ Normal			☐ มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia						☐ พูดไม่ได้เลย Motor aphasia								
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	☐ ทำได้เอง Totally independent			☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance						☐ ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent								
6. ความสามารถในการเดิน / เคลื่อนตัว Mobility	☐ เดินได้เอง Totally independent			☐ เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ ..... Dependent with gait aid ……						☐ เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent								
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper			☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult						☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้เลย Unable								
8. ความสามารถในการทำงาน Working	☐ ทำงานได้ Able			☐ ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance						☐ ไม่สามารถทำงานได้ Unable								
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled			☐ ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disabled						☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled								
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	☐ ดีขึ้น Improving			☐ คงที่ Stationary						☐ 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 ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง