แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย
(Physical Examination)

ส่วนนี้กรอกรายละเอียด โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1
หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ
(This form must be completed by physician and physical examination cost have to be responsible by the claimant)

ก. ชื่อผู้เอาประกันภัย..... อายุ..... ปี ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
(Insured's) (Age) (year) (Height) (Cm.) (Weight) (Kg.)

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ (Please specify causes and severity of disability.)

.....

.....

.....

.....

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
(Please specify the results of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, Echo, Other special investigation.)

.....

.....

.....

.....

ง. กรุณาระบุอาการและการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ (Please specify the symptoms and treatments since the disability occurred.)

.....

.....

.....

.....

จ. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

.....

.....

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Complications)

.....

.....

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ :..... จนถึง :.....
(Treatment render by you since) (Until)

แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

FWD insurance

ชื่อ – นามสกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN :.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป

.....

.....

การวินิจฉัยโรค.....

ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่.....จนถึง.....ที่สถานพยาบาล.....

2. การตรวจร่างกาย ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความ

2.1. ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)	☐ รู้สึกตัวดี (Full Consciousness) ☐ สับสน (Confusion) ☐ ง่วง ซึม (Drowsiness) ☐ ไม่รู้สึกตัว แต่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Semi-coma) ☐ ไม่รู้สึกตัว และไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Coma)
2.2. กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power)	0. ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เลย 1. เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้ 2. เคลื่อนไหวได้ตามแนบราบของโลกได้ 3. เคลื่อนไหวต้านแรงดึงดูด 4. มีกำลังน้อย 5. มีกำลังปกติ ขวา มือ 0 1 2 3 4 5 แขน 0 1 2 3 4 5 ขา 0 1 2 3 4 5 เท้า 0 1 2 3 4 5 ซ้าย มือ 0 1 2 3 4 5 แขน 0 1 2 3 4 5 ขา 0 1 2 3 4 5 เท้า 0 1 2 3 4 5
2.3. การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscleatrophy) ถ้ามีโปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย	ขวา แขน ☐ ไม่มี ☐ มี..... ขา ☐ ไม่มี ☐ มี..... ซ้าย แขน ☐ ไม่มี ☐ มี..... ขา ☐ ไม่มี ☐ มี.....
2.4. ไม่สามารถเคลื่อนไหว แขน ขา เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมอง หรือ อัมพาต เช่น การยึดติดกันของกล้ามเนื้อ ปัญหาที่เส้นเอ็น คือ.....	
2.5. การเดิน (Gait)	☐ ปกติ ☐ เดินได้ด้วยมีคนพยุง หรือเครื่องช่วยพยุงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง ☐ เดินได้แต่เซ เนื่องจาก GaitAtaxia ☐ เดินไม่ได้เลย ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.6. การพูด (Speech)	☐ ปกติ ☐ พูดได้ แต่ไม่ชัดเจน ☐ พูดได้ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ แต่พูดได้เล็กน้อย ☐ พูดไม่ได้ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ ☐ พูดไม่ได้ ฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.7. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living)	การรับประทานอาหาร : ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ทำไม่ได้เลย การอาบน้ำ : ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ทำไม่ได้เลย การแต่งตัว : ☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ ☐ ทำไม่ได้เลย การควบคุมอุจจาระ/ปัสสาวะ : ☐ ควบคุมได้ ☐ ควบคุมได้บ้าง ☐ ควบคุมไม่ได้เลย
2.8. ความสามารถในการเคลื่อนย้าย / เคลื่อนตัว (Mobility)	☐ ทำได้เอง ☐ ทำได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ หรืออุปกรณ์ ☐ ทำไม่ได้เลย
2.9. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา (DecisionMaking)	☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะ ☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจ ☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้

3. ความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย.....

4. สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ แขน.....ขา.....

ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabilities) ☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว ☐ ทุพพลภาพบางส่วนถาวร ☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำ และงานอื่นๆ

☐ สามารถประกอบอาชีพประจำ หรืออาชีพอื่นได้ เช่น.....

☐ ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ ตั้งแต่.....

6. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้ เพราะ.....

7. ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับตราสถานพยาบาล