



**รายงานการตรวจสุขภาพของแพทย์**

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย กระทรวงการคลัง ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**ส่วนที่ 1 : คำแถลงของผู้เอาประกันภัย**

ตัวแทน \_\_\_\_\_

1	ชื่อ _____ อาชีพ _____ อายุ _____ ปี เพศ _____ ที่อยู่ปัจจุบัน _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ สถานที่เกิด _____ <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เลขที่ _____		
2	จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี		
3	ก. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำของท่าน หรือโรงพยาบาล หรือคลินิก ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี _____ ข. วันที่ท่านได้พบ และปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด? สาเหตุที่พบ และผล (รวมทั้งแพทย์ประจำด้วย) _____		
4	ก. ท่านเคยหรือเสพยา หรือสารเสพติดใด ๆ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมาเป็นประจำ หรือเป็นครั้งคราว หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด _____ ข. ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย สูบนานเท่าไร _____ ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ สูบประมาณวันละ _____ มวน ค. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่? <input type="checkbox"/> คงที่ <input type="checkbox"/> เพิ่มขึ้น สาเหตุ _____ <input type="checkbox"/> ลดลง สาเหตุ _____ ง. เท่าที่ท่านทราบมีอะไรบกพร่องทางร่างกาย หรือจิตใจของท่านบ้างหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี _____ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด _____		
5	ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำและ /หรือการรักษาโรคต่อไปนี้ หรือไม่	คำตอบ	ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดในการตรวจรักษา
ก.	โรคเกี่ยวกับตา หู จมูก หรือ คอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ข.	วงเวียนศีรษะบ่อย ๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือโรคทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ค.	บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด โรคหอบ โรคปอดอักเสบ หรือโรคใดที่เกี่ยวกับปอด หรือระบบหายใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
ง.	อาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง พรายซ์ วัณโรค เลือด เส้นเลือด หรือโรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	
จ.	อาการอาหารไม่ย่อยบ่อย ๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหาร หรือลำไส้ ไล่เลื่อน ริดสีดวงทวาร หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย	

5	ท่านเคยเป็น หรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำและ /หรือการรักษาโรคต่อไปนี้ หรือไม่	คำตอบ		ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดในการตรวจรักษา
	จ. โรคไต นิว กามโรค หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ ช. โรคเบาหวาน คอพอก หรือโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ ซ. โรคมะเร็ง เนื้องอก ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใด ๆ ที่งอกขึ้น หรือโตขึ้นผิดปกติ ฌ. ไข้เรื้อรัง ไข้รูมาติก ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ หรือโรคใด ๆ เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ ฉ. อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมโต (ต่อมน้ำเหลือง) หรือโรคผิวหนังเรื้อรัง เป็นอาการที่ปรากฏในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์	[ ] ไม่เคย	[ ] เคย	
6	ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ ก. การตรวจวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจเลือด การเอกซเรย์ การตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์คอมพิวเตอร์ การตรวจหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ข. การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์ หรือสถานพยาบาล (กรุณาแจ้งหมายเลขบัตรประจำตัวคนไข้)	[ ] ไม่เคย	[ ] เคย	
7	<b>เฉพาะสตรี</b> ก. เคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก หรือมีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ หรือการคลอดหรือไม่ ข. ประจำเดือนครั้งสุดท้ายมีเมื่อใด _____ กำลังมีครรภ์หรือไม่ ?	[ ] ไม่เคย	[ ] เคย	ขณะนี้กี่เดือน _____

### การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และภายใต้คำยินยอม

#### ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

1. ถ้อยแถลง หรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง
2. ยินยอมให้นำข้อเท็จจริงดังกล่าวไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณาการรับประกันภัย ตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
3. ยินยอมให้บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ต่อไปนี้เรียกว่า "บริษัท" รวมทั้งบุคคล หรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ให้ดำเนินการตรวจเลือด และ/ หรือปัสสาวะ เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณาการรับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันภัยที่ยื่น หรือที่จะยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึง การตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ และไต การติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือการติดยา ยาเสพติด บุหรี่ หรือสารอื่น ๆ
4. ยินยอมให้บริษัท หรือแพทย์ หรือบุคคลใด ๆ ซึ่งได้เคยรักษา หรือจะตรวจสอบสุขภาพข้าพเจ้าในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพดังกล่าวให้กับบริษัท หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า

5. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ มีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตของข้าพเจ้า

สถานที่แถลงรายละเอียด \_\_\_\_\_ ณ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ขอเอาประกันภัย  
( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน / แพทย์ผู้ตรวจ  
( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน  
( \_\_\_\_\_ )

### รายงานและความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจ

#### ส่วนที่ 2

ชื่อผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
สถานภาพสมรส \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_

(1) สัตว์ส่วน

ส่วนสูงไม่สวมรองเท้า (ซ.ม.)	น้ำหนัก (ก.ก.)	วัดรอบอก (ซ.ม.)		รอบเอวระดับสะดือ (ซ.ม.)
		หายใจออกเต็มที่	หายใจเข้าเต็มที่	
_____	_____	_____	_____	_____

- (2) ลักษณะทั่วไป
- |  |                                  |                              |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> แข็งแรง                 | <input type="checkbox"/> อ่อนแอ  |                              |
| <input type="checkbox"/> อ้วน                    | <input type="checkbox"/> ปานกลาง | <input type="checkbox"/> ผอม |
| ซีด <input type="checkbox"/> ไม่มี               | <input type="checkbox"/> มี      |                              |
| ตัวเหลืองตาเหลือง <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี      |                              |
| บวม <input type="checkbox"/> ไม่มี               | <input type="checkbox"/> มี      |                              |

(3) ซีพจรและความดันโลหิต

ขณะพัก : ซีพจร \_\_\_\_\_ / นาที  ซีพจรสม่ำเสมอ  ซีพจรไม่สม่ำเสมอ

ความดันโลหิต \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ม.ม.ปรอท

(ก) ถ้าซีพจรเร็วกว่า 90 ครั้ง/นาที หรือความดันโลหิตเกิน 140/90 ม.ม.ปรอท ให้ตรวจซ้ำ หลังจากให้ผู้เอาประกันภัยนอนพักอย่างน้อย 5 นาที หลังนอนพัก 5 นาที : ซีพจร \_\_\_\_\_ / นาที ความดันโลหิต \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ม.ม.ปรอท

(ข) ถ้าซีพจรช้ากว่า 60 ครั้ง/นาที ให้จับซีพจรซ้ำหลังจากให้ออกกำลังประมาณ 5 นาที หลังออกกำลัง : ซีพจร \_\_\_\_\_ / นาที ความดันโลหิต \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ม.ม.ปรอท

(4) ระบบหลอดเลือดและหัวใจ

(ก) อยู่ที่ \_\_\_\_\_  
(ระบุช่องซี่โครงที่ และระยะห่างจากเส้น Mid-clavicular line)

- (ข) หัวใจโต  ไม่มี  มี
- (ค) มีเสียง Murmur  ไม่มี  มี ถ้ามี ให้ระบุรายละเอียดด้านล่าง
- ตำแหน่ง  Apex  Base (Over) \_\_\_\_\_ area (ฐานอยู่ที่)
- ระยะที่ได้ยิน  Systolic  Diastolic  Presystolic
- ความดัง  เบา  ปานกลาง  ดัง
- การกระจายของเสียง  ไม่มี  ไปที่รักแร้  ไปที่ Scapula
- (ง) ท่านสงสัยว่ามีความผิดปกติของหัวใจ หรือหลอดเลือดหรือไม่  ไม่มี  มี
- ถ้ามี ระบุว่าน่าจะเนื่องมาจากโรค หรือสาเหตุอะไร \_\_\_\_\_

(5) การตรวจปัสสาวะ

ลักษณะ (สี, ความขุ่น)	ความถ่วงจำเพาะ	โปรตีน	น้ำตาล	Occult Blood	อื่น ๆ (ระบุ)
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ถ้าตรวจพบปัสสาวะผิดปกติ โปรดส่งตรวจ Microscopic urinalysis ถ้าเป็นไปได้

	ไม่ใช่	ใช่	ถ้ามี โปรดให้รายละเอียดของแต่ละข้อ ในช่องนี้ด้วย
(6) (ก) ท่านคุ้นเคยกับผู้เอาประกันภัย หรือไม่ ถ้าคุ้นเคยนานเท่าไร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ข) ท่านเคยตรวจ หรือให้การรักษากับผู้เอาประกันภัยหรือไม่ ถ้าเคยระบุโรคและเวลาที่รักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) จากการตรวจ และสอบถามประวัติ ท่านทราบ หรือสงสัยว่าผู้เอาประกันภัยกำลังป่วย หรือเคยป่วย หรือมีความผิดปกติของระบบต่อไปนี้ หรือไม่			
(ก) ระบบทางเดินหายใจ (ปอด, เยื่อหุ้มปอด, ผนังทรวงอก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ข) ระบบประสาท รวมถึง reflexes, ท่าทาง, อัมพาต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ค) ระบบสืบพันธุ์ และระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ง) ช่องท้อง รวมถึงไส้เลื่อน, ริดสีดวงทวาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(จ) หัวหนัง, กล้ามเนื้อ, กระดูกและข้อ รวมถึงหลอดเลือดดำโป่ง, ความพิการต่าง ๆ และไม่มีแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ฉ) หู ตา คอ จมูก รวมถึงความผิดปกติของสายตา และการได้ยิน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ช) ค่อมไทรอยด์, ค่อมไร้ท่ออื่น ๆ, ระบบ metabolism และโลหิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ซ) เต้านม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(8) ผู้เอาประกันภัยดูแก่กว่าอายุ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(9) ท่านสงสัยว่าผู้เอาประกันภัยมีความผิดปกติในเข่าวัยปัญญา หรือพฤติกรรมหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุลักษณะ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(10) ท่านสงสัยว่าผู้เอาประกันภัยติดสุรา, ยา, หรือสิ่งเสพติดหรือไม่ ถ้ามีระบุชนิด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(11) ท่านคิดว่าน่าจะจะมีปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่ ถ้ามี กรุณาอธิบาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(12) ท่านจะแนะนำให้มีการตรวจ หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัยรายนี้หรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียดด้วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ทำการตรวจผู้เอาประกันภัยรายนี้ที่ \_\_\_\_\_

เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น.

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ \_\_\_\_\_