



# บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

## OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเซียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110  
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

ใบรับรองความเห็นแพทย์

สำหรับเรียกครองสินไหมค่ารักษาพยาบาล/ค่าชดเชยรายวัน แบบผู้ป่วยใน

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า

"NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

Patient's name _____		Age _____	Years _____	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
H.N. _____	A.N. _____	V.N. _____	X.N. _____	
Date Admitted: ____/____/____		Time _____	AM./PM.	Date Discharged: ____/____/____
Time _____		AM./PM.		
Chief Complaint _____				
1. Date of accident (DD/MM/YY) _____ Time _____ AM./PM. Cause of accident _____				
2. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?: ( ) No ( ) Yes _____				
3. Hospitalization needed?: ( ) No ( ) Yes, specify indication _____				
4. Date first saw the patient for this illness / injury _____		Present illness / injury _____		
Clinical finding (symptoms & signs) _____				
5. Did the patient referred to you or your hospital by another physician? ( ) No ( ) Yes (Please specify): _____				
6. Diagnosis 1 _____		stage _____	(ICD10) _____	
Diagnosis 2 _____		stage _____	(ICD10) _____	
Underlying cause(s) or condition(s): _____				
7. Investigations result: Lab: _____				
X-Ray: _____ (CT / MRI done:) ( ) No ( ) Yes				
Pathology Report (Original attach): _____		Other _____		
8. Anti-HIV test: <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, Date of examination: _____				
9. Treatment given (Please specify): _____				
Medicine _____		Discharged medicine _____	Operation _____	
ICD9 _____	Date _____	Surgeon _____	Specialty _____	
10. Complications(if any): _____				
Other coincidental conditions found: _____				
11. Result of treatment: <input type="checkbox"/> Complete recovery <input type="checkbox"/> Remission and relapse <input type="checkbox"/> Chronic <input type="checkbox"/> Possible recurrence <input type="checkbox"/> Other _____				
12. Prognosis: <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor Need follow up _____				
13. Was the injury / illness contributed to / or influenced: <input type="checkbox"/> Physical defects/congenital anomaly <input type="checkbox"/> Unfavorable past Medical history				
<input type="checkbox"/> Degenerative change(s) <input type="checkbox"/> A family history that increased the probability or severity of this disease <input type="checkbox"/> Alcohol or Drug Abuse				
14. For female patient only, is she pregnant? : ( ) No ( ) Yes, estimated gestation period _____ weeks				

Past medical history (Please specify)

Date	Symptom / Diagnosis	Treatment	Duration	Attending Doctor

### To be completed by Attending Physician

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 signature: \_\_\_\_\_ Medical speciality \_\_\_\_\_ Medical license no: \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) Telephone No \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Hospital/Official Stamp

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้ประกันตนจะมีความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง