



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

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

ใบรับรองความเห็นแพทย์

คำทดแทนทูลพลาภาพ/สูญเสียอวัยวะ

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า

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

Patient's name _____ Age _____ Years Sex M F

H.N. _____ A.N. _____ V.N. _____ X.N. _____

Date Admitted: ____/____/____ Time _____ AM./PM. Date Discharged: ____/____/____ Time _____ AM./PM.

Date Admitted: ____/____/____ Time _____ AM./PM. Date Discharged: ____/____/____ Time _____ AM./PM.

Date Admitted: ____/____/____ Time _____ AM./PM. Date Discharged: ____/____/____ Time _____ AM./PM.

1. Summary of present illness _____

2. Vital sign BP = _____ mmHg PR = _____/min

Diagnosis 1 _____

3. กรณีทูลพลาภาพจากระบบประสาทและสมอง

Physical Examination (please tick / the box)

3.1 Level of Consciousness

Alert Conscious	Confused	Drowsy	Unconscious
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientation Time Place Personal

3.2 Muscle Power scale

Complete paralysis = 0 Flicker of contraction present = 1 Active movement with gravity eliminated = 2

Active movement against gravity = 3 Active movement against gravity and some resistance described as poor, fair, moderate strength = 4

Normal power = 5

Assessment

	Right					Left						
Grade	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Arms												
Leg												

3.3 Tendon Reflex of extremities

Grade	0	1+ or +	2+ or ++	3+ or +++	4+ or ++++
Description	Absent	Diminished	Normal	Hyperactive without clonus	Hyperactive with clonus

Assessment

	Right extremities						Left extremities					
Grade	0	1+	2+	3+	4+	5+	0	1+	2+	3+	4+	5+
Elbow												
Wrist												
Knee												
Ankle												

3.4 If patient cannot movement by the other causes excluded stroke or paralysis for exp. Problem about tendon or muscle please describe _____

3.5 Muscle Atrophy (If yes, please describe: Severe, Moderate or Mild)

Assessment

	Right		Left	
	none	yes	none	yes
Arms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Leg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

3.6 Gait disorder

- Normal Hemiplegic gait (use walker) Gait Ataxia cannot walk
 Other _____

3.7 Speech disorder

- Normal Dysarthria Stuttering Dysprosody Phonemes Muteness Apraxia of speech
 Other _____

3.8 Swallow Diet Aspiration oral feed Normal

3.9 Activity Daily life

Activity	Good	Fairly	None
Eat			
Bath			
Dressing			
Urinate			
Stool			

3.10 Prognosis of disease or other useful advice _____

3.11 The ability of work

- Ability of work Disability of work ; percentile of loss Arm _____% Leg _____%

3.12 What was the cause of disability

- Illness Accident when was the date of onset?(DD/MM/YY) _____



4. กรณีทุพพลภาพสายตาหรือการมองเห็น (ให้กรอกส่วนนี้เท่านั้น)

Visual Disorder

4.1 Please describe the extent of the blindness

4.1.1 When was the date of onset (DD/MM/YY) _____

4.1.2 What are the visual acuity of both eyes at present? Left eye _____ Right eye _____

4.1.3 What are the visual field of both eyes at present? Left eye _____ Right eye _____

4.1.4 What forms of treatment were rendered? _____

4.1.5 Was the loss of sight Left eye Permanent Temporary

Right eye Permanent Temporary

4.1.6 Will further surgery improve his/her sight?

() No () Yes If "Yes", what kind of surgery will be necessary _____

4.2 What was the cause of the blindness?

Illness Accident Diagnosis: _____

4.3 Investigations / Laboratory report

4.3.1 Was the HIV test performed?

() No () Yes If "Yes", please give result _____ (DD/MM/YY)

4.3.2 Please enclose copies of all reports that are available.

HIV test Ophthalmologist report of visual examination CT scans

MRI Any relevant laboratory evidence Any relevant hospital report

4.4 Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es) / complaints other than the Critical Illness _____

4.5 If there any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, please furnish such information below _____

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.

Name of Doctor _____ Signature _____

Qualification _____ Specialty _____ Thailand's Medical registration _____

Name of Hospital/Official Stamp _____ Telephone No _____ Date _____

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง