



ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ HN: _____
 หมายเลขบัตรประชาชน : อายุ _____ ปี AN: _____

Details of Insured's illness

1. Date first saw the patient for this illness _____ Present illness _____
 2. Chief complaint/Clinical finding (Symptom & signs) _____
 3. Diagnosis illness _____ Stage _____ (ICD10) _____
 4. Please describe the extent of the disease.
 4.1 How long the cancer had been present?: _____
 4.2 When was the date diagnosed of cancer?: _____ At hospital _____
 4.3 When the patient consulted for this illness in first time?: _____ At hospital _____
 4.4 What a biopsy of the tumor performed? () No () Yes
 4.5 What is the pathological diagnosis of the tumor?: _____

 4.6 What is the diagnosis and the staging of the tumor?: _____
 4.7 Was the disease completely localized?: () No () Yes _____
 4.8 Was there regional or distance spread?: () No () Yes, If "Yes" please describe degree of regional nodal involvement, and/or extent of distane spread _____

5. Investigation/Laboratory report
 5.1 Tumor marker: () No () Yes
 5.2 Anti-HIV test: () No () Yes, If "Yes" please give result _____ DD/MM/YY _____
 5.3 Please enclose copies of all reports that are available:
 Tumor makers Cytology reports Bone marrow aspiration Pathological reports Surgical reports X-ray
 CT scan MRI Ultrasound HIV test Any relevant hospital reports _____
 Any relevant laboratory evidence _____ Any other imaging studies _____

6. Treatment(Please specify): _____
 6.1 What is the nature of treatment of tumor?:
 Surgical Endoscopic treatment Chemotherapy Radiotherapy Palliative care Other _____
 Please describe details of procedure(s): _____

7. Prognosis: () Excellent () Good () Fair () Poor Need follow up _____
 8. Could the illness be recover?: () No () Yes for _____ Hours/ Days/ Months/ Years
 9. Please state if the insured has suffered/ been treated for any other illness(es) /complaints other than the Critical illness:

 10. If there are any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, for example, an adverse family history, 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 _____

ข้อความทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใสดหนึ่ง