



ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ชื่อ นา	ามสกุล		HN:
หมายเลขบัตรประชาชน :	อาย	ปี	AN:
Details of Insured's illness			/ 1111
Date first saw the patient for this illness Present illness			
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?:			
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?:			
4.7 Was the disease completely localized?: () No () Yes			
4.8 Was there regional or distance spread?: () No () Yes, If "Y	es" please describ	e degree of regional	nodal involvement, and/or extent of
distance spread			
5. Investigation/Laboratory report			
5.1 Tumor marker: () No () Yes			
() , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			DD/MM/YY
5.3 Please enclose copies of all reports that are available:			
☐ Tumor makers ☐ Cytology reports ☐ Bone marrow asp		=	Surgical reports
☐ CT scan ☐ MRI ☐ Ultrasound ☐ HIV	_		orts
Any relevant laboratory evidence	Any	other imaging studies	5
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 forHours/ Days/ Months/ Years			
Please state if the insured has suffered/ been trearted for any other illner.	ess(es) /complaint	s other than the Critic	al illness:
10. If there are any further information which in your opinion will assist us in	assessing this cl	aim, for example, an a	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	I in connection to	the above disability a	nd that the facts are in my opinion as
given above.			
Name of Doctor		Signature	
QualificationSpecialty		Thailand's Medical r	egistration
Name of Hospital/Official Stamp	Telepho	ne No	Date
<u>ข้อควรทราบ</u> ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ	โดยประการที่น่าจะเ	าดความเสียหายแก่ผู้อื่น	หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา
ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโลดหนึ่ง			