



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

Details of Insured's illness

- Date first saw the patient for this illness _____ Present illness _____
- Chief complaint/Clinical finding (Symptom & signs) _____
- Diagnosis illness _____ What was the date of complication of Diabetes Mellitus? (DD/MM/YY) _____
- Please describe the extent of the disease.
 - What were signs and symptoms that appeared in first time of diabete mellitus?: _____
 - How long the symptoms of diabete mellitus had been present?: _____
 - When was the date diagnosed of diabete mellitus?: _____ At hospital _____
 - When the patient consulted for this illness in first time?: _____ At hospital _____
 - What was the type of diabete mellitus?: Primary DM (Type I) Secondary DM (Type II) Other _____
 - Has the patient previously suffered from this illness or any related condition?: () No () Yes
- Diabetic retinopathy
 - Type of neuropathy: Sensory neuropathy Motor neuropathy Autonomic neuropathy
 - What are the visual acuity of both eyes at present?: _____
 - What are the visual field of the both eyes at present?: _____
 - What forms of treatment were rendered?: _____
 - Was the loss of sight?: Left eye Permanent Temporary
 Right eye Permanent Temporary
 - Will further surgery improve his/her sight? If "Yes", what kind of surgery will be nessessary _____
 - Please select the stage of the patient suffered/ complication of diabete mellitus.
 Diabetic retinopathy Cerebrovascular neuropathy Peripheral artery disease Coronary artery disease
 Diabetes nephopathy Other _____
 - Treatment of diabetic retinopathy: 5.8.1 LASER treatment Right eye Left eye Both eyes
5.8.2 Other traetment, please describe _____
- Investigation/ Laboratory report
 - Fasting blood sugar (FBS) _____ mg/dl DD/MM/YY report _____ 6.2 HbA1c _____ % DD/MM/YY report _____
 - Anti-HIV test: () No () Yes if "Yes" please give result _____ DD/MM/YY _____
 - Please enclose copies of all reports that are available:
 FBS HbA1c HIV test X-ray Ultrasound CT scan MRI Slit lamp biomicroscope test
 Indirect ophthalmoscope test Optical coherence tomography test Surgery Any relevant reports _____
- What is the nature of treatment of DM?:
 Nutrition control Exercise Monitoring Pharmacologic On insulin Other _____
- Prognosis: () Excellent () Good () Fair () Poor Need follow up _____
- Could the illness be recover?: () No () Yes for _____ Hours/ Days/ Mouths/ Years
- Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness (es) /complaints other than the Critical Illness.

- 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 _____



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

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ท่าเลเซอร์จอประสาทตา)

- 2 -

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_____
<p>ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกิจการวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอื่นเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง</p>	