

# แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย (Physical Examination)



## ส่วนนี้กรอกรายละเอียด โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ

(This form must be completed by physician and physical examination cost have to be responsible by the claimant)

ก. ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก.  
(Insured's) (Age) (year) (Height) (Cm.) (Weight) (Kg.)

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ (Please specify causes and severity of disability.)

.....  
.....  
.....

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

(Please specify the results of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, Echo, Other special investigation.)

.....  
.....  
.....

ง. กรุณาระบุอาการและการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ (Please specify the symptoms and treatments since the disability occurred.)

.....  
.....  
.....

จ. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

.....  
.....  
.....

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Complications)

.....  
.....  
.....

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ :..... จนถึง :.....

(Treatment render by you since)

(Until)

# แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN :.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป

การวินิจฉัยโรค.....

ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่.....จนถึง.....ที่สถานพยาบาล.....

2. การตรวจร่างกาย ใส่เครื่องหมาย  ลงในช่อง  และเติมข้อความ

2.1. ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (Full Consciousness) <input type="checkbox"/> สับสน (Confusion) <input type="checkbox"/> ง่วง ซึม (Drowsiness) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Semi-coma) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว และไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Coma)
2.2. กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power)	0. ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เลย 1. เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้ 2. เคลื่อนไหวได้ตามแนวราบของโลกได้ 3. เคลื่อนไหวต้านแรงถึงจุด 4. มีกำลังน้อย 5. มีกำลังปกติ ขวา มือ 0 1 2 3 4 5 แขน 0 1 2 3 4 5 ขา 0 1 2 3 4 5 เท้า 0 1 2 3 4 5 ซ้าย มือ 0 1 2 3 4 5 แขน 0 1 2 3 4 5 ขา 0 1 2 3 4 5 เท้า 0 1 2 3 4 5
2.3. การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle atrophy) ถ้ามีโปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย	ขวา แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ซ้าย แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....
2.4. ไม่สามารถเคลื่อนไหว แขน ขา เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมอง หรือ อัมพาต เช่น การยึดติดกันของกล้ามเนื้อ ปัญหาที่เส้นเอ็น คือ.....	
2.5. การเดิน (Gait)	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เดินได้ด้วยมีคนพยุง หรือเครื่องช่วยพยุงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> เดินได้แต่เซ เนื่องจาก Gait Ataxia <input type="checkbox"/> เดินไม่ได้เลย <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.6. การพูด (Speech)	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พูดได้ แต่ไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> พูดได้ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ แต่พูดได้เล็กน้อย <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ ฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.7. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living)	การรับประทานอาหาร : <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย การอาบน้ำ : <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย การแต่งตัว : <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย การควบคุมอุจจาระ/ปัสสาวะ : <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ควบคุมได้บ้าง <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้เลย
2.8. ความสามารถในการเคลื่อนย้าย / เคลื่อนตัว (Mobility)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ หรืออุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย
2.9. ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหา (Decision Making)	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ <input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้

3. ความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย.....

4. สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ แขน.....ขา.....

ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabilities)  ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว  ทุพพลภาพบางส่วนถาวร  ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำ และงานอื่นๆ

สามารถประกอบอาชีพประจำ หรืออาชีพอื่นได้ เช่น.....

ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ ตั้งแต่.....

6. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่  ได้  ไม่ได้ เพราะ.....

7. ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับตราสถานพยาบาล