

ใบรายงานความเห็นแพทย์ กรณีประเมินทุพพลภาพ Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed by doctor at Insured's expense

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

1. For Accident วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา น.
Date of accident Time

2. For Illness อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด
How long had the patient experienced these symptoms

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ

State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย

Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

Any Complications

ข. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ จนถึง ที่
Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา
character of treatment

ข. การตรวจร่างกาย Physical Examination			
1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right Grade : 0 I II III IV V Left Grade : 0 I II III IV V	Leg Right Grade : 0 I II III IV V Left Grade : 0 I II III IV V
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สะลึมสะลือ Drowsy
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ Dependent with gait aid.....	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent
7. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable
8. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled
9. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving	<input type="checkbox"/> คงที่ Stable	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor
10. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment			

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : ลายมือชื่อ
Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ : คุณวุฒิ : วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา :
Thailand's Medical Registration No. Qualification

ชื่อของสถานพยาบาล : หมายเลขโทรศัพท์ : วันที่ตรวจ :
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination

ใบรายงานความเห็นแพทย์ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed by doctor at Insured's expense

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

1. For Accident วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... น.
Date of accident Time

2. For Illness อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด.....
How long had the patient experienced these symptoms

(1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- 0 คะแนน ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้
- 1 คะแนน ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- 2 คะแนน ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 คะแนน ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

(3) ลุกนั่งจากพื้นนอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมายังจะนั่งอยู่ได้
- 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน ทำได้เอง

(4) การใช้ห้องน้ำ

- 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 คะแนน ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

(6) การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้
- 1 คะแนน ต้องการคนช่วย
- 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

(8) การอาบน้ำ

- 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 คะแนน อาบน้ำได้เอง

(9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

(10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : ลายมือชื่อ

Name of Physician

Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ : คุณวุฒิ : วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา :

Thailand's Medical Registration No.

Qualification

Specialty Certificate/Board Certificate

ชื่อของสถานพยาบาล : หมายเลขโทรศัพท์ : วันที่ตรวจ :

Name of Hospital

Telephone No.

Date of Examination