CHUBB® Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

ใบรายงานแพทย์การตรวจรักษาและผลการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัย

1. **รายละเอียดของผู้ป่วย** ชื่อผู้ป่วย.....H.N. .....

   อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2. **ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป**.....

   .....

   .....

   การวินิจฉัยโรค.....

   .....

3. **ผลการตรวจร่างกาย (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมกรุณาให้รายละเอียด)**

   3.1 ระดับความรู้สึกตัว (Conscious)

   ☐ พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ☐ ตอบสนองทำตามสั่งได้ช้าๆ

   ☐ ซึมเรียกรู้สึกตัว ☐ ตอบสนองต่อความเจ็บปวด แต่ทำตามคำสั่งไม่ได้

   ☐ ซึมมาก เรียกนานๆ จึงรู้สึกตัว ☐ ทำตามคำสั่งไม่ได้ และไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด

   3.2 การรับรู้ (Orientation) สามารถบอก

   ☐ เวลา ☐ สถานที่ ☐ บุคคล

   3.3 การจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่นาน (Recent Memory)

   ☐ จำได้ ☐ จำไม่ได้

   3.4 กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle Power) ของแขน ขา

- ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เลย	= 0	- เคลื่อนไหวต้านแรงดึงดูดของโลกได้	= 3
- เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้	= 1	- มีกำลังน้อย	= 4
- เคลื่อนไหวได้ตามแนวราบ	= 2	- มีกำลังปกติ	= 5

   การประเมิน

ข้างซ้าย		ข้างขวา	
มือ	=	มือ	= .....
แขน	=	แขน	= .....
ขา	=	ขา	= .....
เท้า	=	เท้า	= .....

   3.5 **ความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ** (Muscle Spasticity) (ถ้ามี โปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย)

   การประเมิน

ข้างซ้าย			ข้างขวา		
มือ	☐ ไม่มี	☐ มี.....	มือ	☐ ไม่มี	☐ มี.....
แขน	☐ ไม่มี	☐ มี.....	แขน	☐ ไม่มี	☐ มี.....
ขา	☐ ไม่มี	☐ มี.....	ขา	☐ ไม่มี	☐ มี.....
เท้า	☐ ไม่มี	☐ มี.....	เท้า	☐ ไม่มี	☐ มี.....

3.6 **Tendon Reflex** ของแขนและขา

การประเมิน	ข้างซ้าย	ข้างขวา
ข้อมือ	=	ข้อมือ = ...
ข้อศอก	=	ข้อศอก = ...
ข้อเข่า	=	ข้อเข่า = ...
ข้อเท้า	=	ข้อเท้า = ...

3.7 **หากผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเคลื่อนไหว แขน ขา** เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมอง หรืออัมพาต เช่น การยึดติดกันของกล้ามเนื้อ ปัญหาที่เส้นเอ็น กรุณาให้รายละเอียด

.....

.....

.....

.....

.....

3.8 **การฝ่อตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle Atrophy)** (ถ้ามีโปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย)

การประเมิน	ข้างซ้าย			ข้างขวา		
แขน	☐ ไม่มี	☐ มี.....		แขน	☐ ไม่มี	☐ มี.....
ขา	☐ ไม่มี	☐ มี.....		ขา	☐ ไม่มี	☐ มี.....

3.9 **การรับความรู้สึก (Sensory)**

☐ ปกติ

☐ สูญเสีย การรับความรู้สึก คือ.....

☐ เจ็บ ที่ระดับ..... ถึง.....

☐ สัมผัส ที่ระดับ..... ถึง.....

3.10 **การเดิน (Gait)**

☐ ปกติ

☐ เดินได้โดยมีคนพยุงหรือเครื่องช่วยพยุง เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง

☐ เดินได้แต่เซ เนื่องจาก Gait Ataxia

☐ เดินไม่ได้เลย

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

3.11 **การพูด (Speech)**

☐ ปกติ ☐ พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria)

☐ พูดได้ ฟังผู้อื่นไม่ชัดเจน ☐ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ แต่พูดไม่ได้

☐ พูดไม่ได้และฟังผู้อื่นไม่เข้าใจ

☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

3.12 **การกลืนอาหาร**

อาหารธรรมดา	☐ สำลัก	☐ ไม่สำลัก
อาหารอ่อน	☐ สำลัก	☐ ไม่สำลัก

CHUBB® Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 21-22 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 www.chubb.com/th

3.13 **การช่วยตัวเองในชีวิตประจำวัน**

กิจกรรม	ทำได้ดี	ทำได้บ้าง	ทำไม่ได้
รับประทานอาหาร			
อาบน้ำและเข้าห้องน้ำ			
แต่งตัว			

3.14 **การขับถ่าย**

กิจกรรม	ควบคุมได้	ได้บ้าง	ไม่ได้เลย
ปัสสาวะ			
อุจจาระ			

3.15 **ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพ** ของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย (ศีรษะ ใบหน้า ตา หู คอ จมูก ปอด ฯลฯ)

.....

.....

3.16 **ข้อสังเกต หรือข้อเสนอแนะของผู้ตรวจ** เกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (เช่น จะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่ โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการฟื้นคืนสภาพ).....

.....

.....

3.17 **ความเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพการทำงาน**

☐ ผู้ป่วยไม่สูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

☐ ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ แขน.....ขา.....

4. **ผู้เอาประกันภัยสามารถประกอบอาชีพประจำได้ หรือไม่**.....
5. **ผู้เอาประกันภัยตกเป็นทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ตั้งแต่เมื่อใด**.....
6. **ความทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนี้ เป็นผลโดยตรงมาจากสาเหตุใด**.....
7. **การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ในขณะนี้**.....

.....

8. **แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้**.....

.....

9. **ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม**.....

.....

.....

ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....

( )

สาขา.....**เลขที่ใบอนุญาต**.....

โรงพยาบาล.....

วันที่ตรวจ.....

(กรุณาประทับตราสถานพยาบาล)