

แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพ

ส่วนที่ 1 คำแถลงของผู้ขอเอาประกันภัยต่อแพทย์ผู้ตรวจ		ใบคำขอเอาประกันชีวิต/กรมธรรม์เลขที่ _____																																									
1. ชื่อและนามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย บัตรประจำตัวเลขที่ อายุ จำนวนเงินเอาประกันภัย ชื่อตัวแทน 2. (ก) ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัวท่าน หรือโรงพยาบาล หรือคลินิก ที่ท่านใช้บริการเป็นประจำ (ถ้าไม่มีก็ให้แจ้งไว้ด้วยว่า “ไม่มี”) _____ (ข) วันที่ท่านได้พบและปรึกษาแพทย์ครั้งสุดท้าย _____ สาเหตุที่พบและผล (รวมทั้งแพทย์ประจำตัว) _____																																											
3. ก. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ กี่ครั้ง ชีการ์ หรือยาชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบบุหรี่ / ไม่เคย ☐ สูบบุหรี่ / เคยสูบบุหรี่ ถ้าสูบบุหรี่ ปริมาณ _____ มวน / วัน สูบมาเป็นเวลานาน _____ ปี ชนิดที่สูบ _____ ถ้าเคยสูบบุหรี่ ชนิดที่สูบ _____ เลิกสูบเมื่อไร _____ สาเหตุของการเลิกสูบ _____ ข. ท่านดื่มหรือเคยดื่ม สุรา สิ่งมีนเมาเป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับการดื่มสุรา สิ่งมีนเมาเกินขนาด หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม / ไม่เคย ☐ ดื่ม / เคย ถ้าดื่ม โปรดระบุชนิด _____ ปริมาณการดื่มต่อครั้ง _____ จำนวนครั้งที่ดื่มต่อสัปดาห์ _____ ถ้าในอดีตเคยดื่ม และปัจจุบันหยุดแล้ว ท่านหยุดมานาน _____ ปี สาเหตุของการหยุด _____ ถ้าเคยรับการรักษาด้านโรคพิษสุรา โปรดระบุสถานพยาบาล _____ วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา _____ ค. ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมีนเมาหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุชนิดและจำนวน _____																																											
4. บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้องของท่านเป็นหรือเคยเป็นวัณโรค โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคของหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคจิต โรคไต โรคเอดส์ หรือโรคอื่นๆ ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีเป็นใคร _____ โรคอะไร _____																																											
5. ประวัติครอบครัว <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประวัติครอบครัว</th> <th colspan="2">ยังมีชีวิตอยู่</th> <th colspan="2">มรณกรรม</th> <th rowspan="2">สาเหตุ</th> </tr> <tr> <th>อายุ</th> <th>สุขภาพ</th> <th>เมื่ออายุ</th> <th>ปีที่มรณกรรม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>บิดา</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>มารดา</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>พี่น้อง (จำนวน _____ คน)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>สามี / ภรรยา</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>บุตร (จำนวน _____ คน)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ประวัติครอบครัว	ยังมีชีวิตอยู่		มรณกรรม		สาเหตุ	อายุ	สุขภาพ	เมื่ออายุ	ปีที่มรณกรรม	บิดา						มารดา						พี่น้อง (จำนวน _____ คน)						สามี / ภรรยา						บุตร (จำนวน _____ คน)					
ประวัติครอบครัว	ยังมีชีวิตอยู่		มรณกรรม		สาเหตุ																																						
	อายุ	สุขภาพ	เมื่ออายุ	ปีที่มรณกรรม																																							
บิดา																																											
มารดา																																											
พี่น้อง (จำนวน _____ คน)																																											
สามี / ภรรยา																																											
บุตร (จำนวน _____ คน)																																											
6. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าเป็นหรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้บ้างหรือไม่ ก) เกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก ข) วัณโรคหรือวัณโรคปอด เป็นลม โรคกล้ามเนื้อหัวใจ (ลมชัก) อัมพฤกษ์ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง โรคจิต โรคทางสมอง หรือระบบประสาท อย่างใดอย่างหนึ่ง ค) ไอบหรือบ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหืด หอบ โรคปอดอักเสบหรือโรคไต โรคหนึ่งเกี่ยวกับปอด หรือระบบหายใจ รวมทั้งมีเลือดกำเดาออกบ่อย ง) อาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูง พรายซ้่า หัวใจโต โรคเส้นหัวใจ โรคหัวใจ โรคเลือดหรือหลอดเลือด ไม่เคย เคย ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ถ้าเคยหรือมีโปรดแจ้งชื่อโรค อาการ วันที่เป็น สถานที่รักษา อาการปัจจุบัน _____ _____ _____ _____ _____																																											

จ) อาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร ใต้ลิ้น ริดสีดวงทวารหรือ โรคใดๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหาร ลำไส้ ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคในช่องท้อง	ไม่เคย ☐	เคย ☐	ถ้าเคยหรือมีโปรดแจ้งชื่อโรค อาการ วันที่เป็น สถานที่รักษา อาการปัจจุบัน
ฉ) ปัสสาวะมีเลือดปน กระเพาะปัสสาวะอักเสบหรือเป็นเนื้องอก โรคไต นิ่วทางเดินปัสสาวะ หรือโรคใดๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	☐	☐	
ช) โรคเบาหวาน คอพอก ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ หรือ โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ (Endocrine) อื่นๆ	☐	☐	
ซ) โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ต่อมเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ	☐	☐	
ฌ) ใช้ยาหรือใช้สมุนไพร ฮอร์โมน โรคเกาต์ (Gout) หรือโรคใดๆ ที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ	☐	☐	
ฎ) มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกาย หรือจิตใจหรือไม่	☐	☐	
ฏ) ท่านเคยตรวจพบเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์ หรือเคยได้รับคำแนะนำและ/หรือการรักษาโรคเอดส์ (โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง)	☐	☐	
ถ) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการต่อไปนี้ เป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมท่อน้ำเหลืองโต เหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติ เช่น ใช้ยาหรือใช้สมุนไพร ปวดข้ออักเสบ หรือไม่	☐	☐	

7. ในระหว่าง 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก) การตรวจสุขภาพ หรือตรวจวินิจฉัยโรค ด้วยการตรวจเลือด, ปัสสาวะ, เอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) การตรวจด้วยเครื่องมืออัลตราซาวด์หรือคอมพิวเตอร์ (CT SCAN) หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด _____

ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด _____

8. เฉพาะสตรี

ก. ท่านเคยตั้งครรภ์หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุเท่าไร _____ ปี

ข. ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ขณะนี้ตั้งครรภ์ _____ เดือน

ค. ท่านเคยมีอาการผิดปกติ หรือเคยได้รับการตรวจ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการตรวจที่เต้านม ช่องคลอด มดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ อาการผิดปกติของประจำเดือน คลอดบุตรยาก มีอาการแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตร หรือ โรคทางเพศสัมพันธ์ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด _____

ง. จำนวนเงินเอาประกันที่ท่านมีทำไว้ _____ บาท บริษัท _____

ก. ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทดำเนินการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้

ข. ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งเคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัททราบ หรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ค. ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์แล้ว บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ทำที่ _____	วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกัน	ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจ
(บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม) ในกรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์	

CONFIDENTIAL REPORT AND OPINION OF MEDICAL EXAMINER

Part 2 Applicant's Name _____ Sex _____ Age _____
 Marital Status _____ Occupation _____

1. Applicant's Build

Height Without shoes	Weight	Chest circumference		Abdomen At umbilicus
		Force expiration	Force inspiration	
(cm)	(kg)	(cm)	(cm)	(cm)

2. General Appearance

Strong ☐	Obese ☐	Pale ☐	No ☐ Yes ☐
Weak ☐	Moderate ☐	Icteric ☐	☐ ☐
	Thin ☐	Edema ☐	☐ ☐

3. Blood Pressure

At rest: **Pulse** _____ / **min B.P** _____ / _____ **mmHg**
 (a) If pulse rate over 90/min of B.P. over 140/90 reexamine 5 minutes while is at rest
 After 5 minutes: **Pulse** _____ / **min B.P** _____ / _____ **mmHg**
 (b) If pulse rate is less than 60/min reexamine after exercise for 5 minutes
 After Exercise **Pulse** _____ / **min B.P** _____ / _____ **mmHg**

No ☐ Yes ☐

Irregularity ☐ ☐

4. Cardiovascular System

(a) Apex Beat located at _____
 (State intercostals space and relation to mid – clavicular line)

(b) Cardiac Enlargement ☐ No ☐ Yes _____

(c) Cardiac Murmur (if yes, describe below) ☐ No ☐ Yes

Location ☐ Apex ☐ base(over _____ arca)

Timing ☐ Systolic ☐ Diastolic ☐ Presystolic

Intensity ☐ Soft ☐ Moderate ☐ Loud

Transmission ☐ None ☐ Axilla ☐ Scapula

(d) Do you suspect any abnormality in the heart or vascular systems? ☐ No ☐ Yes

If yes, what is the most probable diagnosis? _____

5. Urinalysis

Appearance (Color, Turbidity)	Sp. Gravity	Protein	Sugar	Other (specify)

If abnormal finding present, please send form microscopic urinalysis

	No	Yes	Detail of “yes” answer (identify items)
6. (a) Is the applicant personally known to you? If yes, for how long?	☐	☐	
(b) Have you attended applicant professionally? If yes, for what illness and when?	☐	☐	
7. After physical examination and inquiry, do you find or Suspect any evidence of present or past disease or Abnormalities of:			
(a) Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)	☐	☐	
(b) Nervous system (including reflex, gait, paralysis)	☐	☐	
(c) Genito-urinary system	☐	☐	
(d) Abdomen (including hernia, hemorrhoid)	☐	☐	
(e) Skin, muscle, bone and joints (Including varicose veins, deformity lameness, amputation)	☐	☐	
(f) E.E.N.T. (Including impairment of sight and hearing)	☐	☐	
(g) Thyroid, other endocrine gland, metabolic and blood disease	☐	☐	
(h) Breast	☐	☐	
8. Does he/she look older than his/her age?	☐	☐	
9. Do you suspect any abnormal mentality of behaviors? If yes, please describe	☐	☐	
10. Do you suspect any alcohol, drug, narcotic abuse or addict? If yes, please specify.	☐	☐	
11. Are you aware of any unfavorable factors likely of effect applicant’s health? If yes, please give comment	☐	☐	
12. Do you recommend any additional examinations, Tests of reports? If yes, please specify	☐	☐	

I hereby certify that I have examined this applicant at _____

On this date _____ Month _____ 20_____ at _____ am./pm.

Applicant’s signature _____

(ลายเซ็นผู้ขอเอกซเรย์)

(_____)

Signature _____ MD

Name (Block Letters) (_____)

Medical License No _____

(Kindly check your report to avoid mistake or omission)