



# บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
Tels. 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์

สำหรับเรียกจ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาล/ค่าชดเชยรายวัน แบบผู้ป่วยใน

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุนายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า

"NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

|   |            |               |  |   |
|---|------------|---------------|--|---|
| Patient's name _____  |            | Age _____     | Years _____                            | Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| H.N. _____  | A.N. _____ | V.N. _____    | X.N. _____                             |   |
| Date Admitted: _____ / _____ / _____  | Time _____ | AM./PM. _____ | Date Discharged: _____ / _____ / _____ | Time _____ AM./PM.  |
| Chief Complaint _____   |            |               |  |   |
| 1. Date of accident (DD/MM/YY) _____ Time _____ AM./PM. Cause of accident _____   |            |               |  |   |
| 2. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?: ( ) No ( ) Yes _____   |            |               |  |   |
| 3. Hospitalization needed?: ( ) No ( ) Yes, specify indication _____  |            |               |  |   |
| 4. Date first saw the patient for this illness / injury _____ Present illness / injury _____  |            |               |  |   |
| Clinical finding (symptoms & signs) _____   |            |               |  |   |
| 5. Did the patient referred to you or your hospital by another physician? ( ) No ( ) Yes (Please specify): _____  |            |               |  |   |
| 6. Diagnosis 1 _____ stage _____ (ICD10)  |            |               |  |   |
| Diagnosis 2 _____ stage _____ (ICD10)   |            |               |  |   |
| Underlying cause(s) or condition(s): _____  |            |               |  |   |
| 7. Investigations result: Lab: _____  |            |               |  |   |
| X-Ray: _____ (CT / MRI done:) ( ) No ( ) Yes _____  |            |               |  |   |
| Pathology Report (Original attach): _____ Other _____   |            |               |  |   |
| 8. Anti-HIV test: <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive, Date of examination: _____   |            |               |  |   |
| 9. Treatment given (Please specify): _____  |            |               |  |   |
| Medicine _____ Discharged medicine _____ Operation _____  |            |               |  |   |
| ICD9 _____ Date _____ Surgeon _____ Specialty _____   |            |               |  |   |
| 10. Complications(if any): _____  |            |               |  |   |
| Other coincidental conditions found: _____  |            |               |  |   |
| 11. Result of treatment: <input type="checkbox"/> Complete recovery <input type="checkbox"/> Remission and relapse <input type="checkbox"/> Chronic <input type="checkbox"/> Possible recurrence <input type="checkbox"/> Other _____ |            |               |  |   |
| 12. Prognosis: <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor Need follow up _____  |            |               |  |   |
| 13. Was the injury / illness contributed to / or influenced: <input type="checkbox"/> Physical defects/congenital anomaly <input type="checkbox"/> Unfavorable past Medical history   |            |               |  |   |
| <input type="checkbox"/> Degenerative change(s) <input type="checkbox"/> A family history that increased the probability or severity of this disease <input type="checkbox"/> Alcohol or Drug Abuse                                   |            |               |  |   |
| 14. For female patient only, is she pregnant? : ( ) No ( ) Yes, estimated gestation period _____ weeks  |            |               |  |   |

Past medical history (Please specify)

| Date | Symptom / Diagnosis | Treatment | Duration | Attending Doctor |
|------|---------------------|-----------|----------|------------------|
|      |                     |           |          |                  |

### 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.

Physician's signature: \_\_\_\_\_ Medical speciality \_\_\_\_\_ Medical license no: \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) Telephone No \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Hospital/Official Stamp \_\_\_\_\_

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใดหนึ่ง