

ส่วนที่ 1 (กรอกโดย ผู้สมัครเอาประกัน)

ชื่อ _____ ชื่อกลาง _____ นามสกุล _____
 ที่อยู่ _____
 โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ E-Mail: _____
 วัน/เดือน/ปี เกิด _____ อายุ _____ เพศ: _____
 ประเทศที่เกิด: _____ ประเทศที่พักอาศัย _____
 ชื่อบิดา _____ ชื่อมารดา _____
 ในกรณีเสียชีวิตโปรดระบุสาเหตุ _____ ในกรณีเสียชีวิตโปรดระบุสาเหตุ _____
 จำนวนพี่น้อง _____ ในกรณีเสียชีวิตโปรดระบุสาเหตุ _____
 ท่านถือกรรมสิทธิ์ประกันสุขภาพของบริษัทอื่นอยู่: ใช่ ไม่ใช่

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพออกแบบสอบถามด้านล่างเพื่อเป็นการให้แก่บริษัท แอล เอ็ม จี แปซิฟิก เฮลท์ แคร์

ลายเซ็นผู้รับการตรวจ: _____ วันที่ _____

ส่วนที่ 2 (กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ)

2-A ตอบแบบสอบถามการตรวจสุขภาพ (ระบุ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” และวงกลมลงบนเนื้อหาที่ต้องการจะแจ้ง)

	ใช่	ไม่ใช่		ใช่	ไม่ใช่
1. น้ำหนักลด/เพิ่ม ในปีที่ผ่านมา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. อาการปวดเวลาขับถ่าย ปัสสาวะบ่อยๆ อาการปวดจากนิ้วในไต มีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ นิ้วในไต ความคิดปกติของต่อมลูกหมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ มึนงง ชัก อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดสมองโป่งพอง กล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่ หรือมีอาการอัมพาตบางส่วน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. สารคัดหลั่งจากช่องคลอดผิดปกติ เลือดออกทางช่องคลอด อาการปวดอุ้งเชิงกราน อาการปวดประจำเดือน หรือประจำเดือนผิดปกติ ก่อนที่ด้านมหรือมีก้อนแข็งกดเจ็บ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. มีความผิดปกติการมองเห็น มีความผิดปกติที่หู จมูก คอ เลือดกำเดาไหล การได้ยินลดลง หูอื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. อาการปวดตามข้อ ข้ออักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดหลัง ความผิดปกติที่ขา อัมพาตบางส่วน ตะคริว บวม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. มีอาการปวดท้องบ่อยๆ ภาวะกรดไหลย้อน การทำงานของลำไส้ผิดปกติ หรือแปรปรวน สีอุจจาระผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระปนเลือด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. อาการจ้ำหรือห้อเลือด จุดแดงใต้ผิวหนัง ฟกช้ำง่าย เลือดไหลออกตามเหงือกหรือ จมูก ตาเหลือง ผื่นคัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ภาวะหัวใจล้มเหลว หายใจลำบากในช่วงกลางคืน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. หอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ เสมหะปนเลือด ลมพิษหรือผิวหนังอักเสบ โรคภูมิแพ้ หรืออาการแพ้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

รายละเอียด: _____

ข้อมูลเพิ่มเติม:

ประวัติอื่นๆ:	ใช่	ไม่ใช่	
การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปริมาณการสูบบุหรี่ _____
การดื่มแอลกอฮอล์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปริมาณการดื่ม _____
การออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	รายละเอียด _____

ประวัติครอบครัว:

ประวัติการเจ็บป่วยรักษา

ยาที่ใช้ปัจจุบัน

2-B PHYSICAL EXAMINATION REPORT: (โปรดระบุข้อมูลลงในแต่ละหัวข้อ)

1. VITAL SIGNS BP: _____ HR: _____ /MIN RESP: _____ TEMPERATURE: _____ °
(สัญญาณชีพ) HEIGHT : _____ CM _____ WIEGHT: _____ KG _____ C
2. HEENT: EYES (ตา) _____
NECK / THROAT (คอ/ลำคอ) _____
EARS (หู) _____
3. LUNGS (ปอด): _____
4. HEART (หัวใจ): _____
5. ABDOMEN (ท้อง/หน้าท้อง): _____ SCARS (แผลเป็น): _____ RECTAL (ทวารหนัก): _____
6. EXTREMITIES (แขนขา): _____ BACK (หลัง): _____
7. NEURO (ระบบประสาท): _____

DIAGNOSTIC TEST RESULTS: (กรุณาระบุส่วนของการตรวจเพื่อส่งบริษัท)

- A: CHEST X-RAY (เอ็กซเรย์ปอด): _____
- B: 12LEAD ECG (คลื่นไฟฟ้าหัวใจ): _____
- C: ROUTINE URINALYSIS (MICRO) ตรวจปัสสาวะสมบูรณ์แบบ: _____
- D: COMPLETE BLOOD COUNT (CBC) ตรวจความสมบูรณ์เม็ดเลือด: _____
- E: LIPID PROFILE (ตรวจไขมัน): _____
- F: LIVER FUNCTION TEST (การทำงานของตับ): _____
- G: KIDNEY FUNCTION TEST: _____ H: FASTING BLOOD SUGAR: _____
(การทำงานของไต) (ตรวจปริมาณน้ำตาลในเลือด)
- I: HEMOGLOBIN A1C: _____ J: PSA (MALE): _____
(ระดับน้ำตาลสะสม) (คัดกรองการทำงาน และความคิดผิดปกติต่อมลูกหมาก - เฉพาะผู้ชาย)
- K: HEP TEST (B+C): _____ L: C-REACTIVE PROTEIN: _____
(ไวรัสตับอักเสบ B และ C) (สารแสดงการอักเสบ)
- M: STOOL (OCCULT BLOOD): _____ N: PAP SMEAR (for female): _____
(การตรวจเลือดที่ปนในอุจจาระ) (คัดกรองมะเร็งปากมดลูก - เฉพาะผู้หญิง)
- O: BILATERAL MAMMOGRAPHY /ULTRASOUND (for female): _____
(คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแบบแมมโมแกรม หรือ อัลตราซาวด์ - เฉพาะผู้หญิง)

IMPRESSION:

M.D.

ลายเซ็นแพทย์ผู้ทำการตรวจ:

วันที่