

## PHYSICIAN EXAMINATION REPORT

### แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ

#### PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)

<b>First Name :</b> (ชื่อแรก)		<b>Middle Name :</b> (ชื่อกลาง)		<b>Last Name:</b> (ชื่อสกุล)	
<b>Address (ที่อยู่) :</b>					
<b>Tel (โทรศัพท์) :</b>		<b>Fax (โทรสาร) :</b>		<b>E-Mail (อีเมล) :</b>	
<b>Date of Birth (วัน/เดือน/ปี เกิด) :</b>		<b>Age (อายุ) :</b>		<b>Sex (เพศ):</b>	
<b>Country of Citizenship :</b> (ประเทศที่เกิด)		<b>Country of Residence :</b> (ประเทศที่พำนักอาศัย)			
<b>Father's Name (ชื่อนิตา) :</b>		<b>Mother's Name (ชื่อมารดา):</b>			
<b>If Deceased, Cause of death :</b> (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)		<b>If Deceased, Cause of Death :</b> (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
<b>No. of Siblings :</b> (จำนวนพี่น้อง)		<b>If Any sibling is Deceased, cause of Death :</b> (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
<b>Medical Coverage (ท่านถือกรมธรรม์ประกันสุขภาพของบริษัทอื่นอยู่) :</b> YES (ใช่) <input type="checkbox"/> NO (ไม่) <input type="checkbox"/>					
This note gives the physician permission to report any medical information requested to Pacific Cross Health Insurance Co., Ltd. Or its administrators. (ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ทำการตรวจสุขภาพตอบแบบสอบถามด้านล่างเพื่อเป็นการให้แก่บริษัทแปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน))					
<b>Applicant's Signature :</b> (ลายเซ็นของผู้สมัคร)				<b>Date :</b> (วันที่)	

#### PART II (TO BE FILLED OUT BY PHYSICIAN (กรอกโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ))

##### II-A MEDICAL QUESTIONNAIRE (Mark "Yes" or "No" and circle the specific item

(ตอบแบบสอบถามการตรวจสุขภาพ) (ระบุ "ใช่" หรือ "ไม่" และวงกลมลงบนเนื้อหาที่ต้องการเจาะจง))

	YES	NO		YES	NO
1. Weight loss/weight gain over the past year (น้ำหนักลดลง/เพิ่ม ในปีที่ผ่านมา)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Frequent/painful urination, flank pain hematuria, kidney stones, prostate problems (อาการปวดเวลาขับปัสสาวะบ่อยๆ อาการเจ็บปวดบริเวณชายโครง ภาวะถ่ายปัสสาวะที่มีเลือดปน โรคนี้ว่าในไต มีปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recurrent headaches, dizziness, seizure, TIA, CVA, localized weakness or paresthesias, (มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ วิงเวียน ชัก โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว โรคลมชัก อัมพฤกษ์ อัมพาตเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่หรือมีอาการ อัมพาตบางส่วน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Abnormal vaginal discharge, bleeding, pelvic pain, painful/abnormal menstruation, breast nodules or tenderness (มีความผิดปกติของสารคัดหลั่งจากช่องคลอด เลือดออกจากช่องคลอด อาการปวดท้องน้อย อาการปวดประจำเดือนหรือประจำเดือนผิดปกติ พบก้อนที่เต้านมและกดเจ็บ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Visual complaints, ENT complaints, epistaxis, decreased hearing, tinnitus (มีความผิดปกติทางด้านการมองเห็น มีความผิดปกติที่หู ตอ จมูก เลือดกำเดาไหล การได้ยินลดลง หูอื้อ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Joint pain, arthritis, muscle pain, low back pain, claudication, paresthesias, cramps, edema (อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดหลังส่วนล่าง อาการกระตุกหรือปวดประสาท ความรู้สึกสั่นคัน เท้าช้ำ ตะคริว บวม)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Recurrent abdominal pain, GERD, change in bowel habits and color of stool, hematemesis, hematochezia or melena (มีอาการปวดบริเวณท้องบ่อยๆ ภาวะกรดไหลย้อน การทำงานของลำไส้แปรปรวนหรือผิดปกติ สีอุจจาระผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีเลือดปน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ecchymoses, petechiae, easy bruising, gum or nose bleeding, icterus, rashes (อาการจ้ำหรือห้อเลือด จุดแดงใต้ผิวหนัง ง่ายช้ำง่าย เลือดออกตามเหงือกหรือจมูก ดีซ่าน ผื่นคัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, palpitations, shortness of breath easy fatigability, orthopnea, CHF paroxysmal nocturnal dyspnea (อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ ใจสั้น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ภาวะหัวใจล้มเหลว)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Asthma, COPD, chronic cough, bronchitis, bloody sputum, urticaria, allergies, (หอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หลอดลมอักเสบ เสมหะมีเลือดปน โรคลมพิษ โรคภูมิแพ้)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>Details (รายละเอียด) :</b>		



OUR CONTACT INFORMATION

บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)  
152 อาคารชาร์เตอร์ด์สแควร์ ชั้น 21  
ห้อง 21-01 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม  
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

Pacific Cross Health Insurance PCL  
152 Chartered Square Building 21st Floor,  
Room 21-01, North Sathorn Road, Silom,  
Bangrak, Bangkok 10500

PCH-UW-F11\_09JAN2023

Tax Number: 0107556000086  
Tel: +662 401 9189  
Fax: +662 401 9187  
www.PacificCrossHealth.com

**ADDITIONAL INFORMATION (ข้อมูลเพิ่มเติม) :**

--

SOCIAL HISTORY (ประวัติอื่นๆ) :	YES	NO	
<b>SMOKING</b> (การสูบบุหรี่) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Amount</b> (ปริมาณการสูบ) :
<b>ALCOHOL INTAKE</b> (การดื่มแอลกอฮอล์) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Amount</b> (ปริมาณการดื่ม) :
<b>ANY FORM OF EXERCISE</b> (การออกกำลังกาย) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Details</b> (รายละเอียด) :

<b>FAMILY HISTORY (ประวัติครอบครัว) :</b>
---

<b>PAST MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยรักษา) :</b>
---

<b>CURRENT MEDICATIONS (ยาที่ใช้ในปัจจุบัน) :</b>
---

**II-B PHYSICAL EXAMINATION REPORT :**

(Please comment on each area)

1	<b>VITAL SIGNS (สัญญาณชีพ) :</b>	BP :	HR :	/MIN	RESP :		TEMPERATURE :	°C
	HEIGHT :	CM	WEIGHT :	KG				
2	<b>HEENT :</b>	<b>EYES</b> (ตา)						
		<b>NECK/THROAT</b> (คอ/ลำคอ)						
		<b>EARS</b> (หู)						
3	<b>LUNGS</b> (ปอด) :							
4	<b>HEART</b> (หัวใจ) :							
5	<b>ABDOMEN</b> (ช่องท้อง) :	SCARS (แผลเป็น) :	RECTAL (ทวารหนัก) :					
6	<b>EXTREMITIES</b> (แขน ขา) :	BACK (หลัง) :						
7	<b>NEURO</b> (ระบบประสาท) :							



