



**รายงานแพทย์**  
**(Physician's Statement)**

ตามสัญญาประกันภัย เลขที่.....  
According to the Insurance Contract No.  
เรียน ท่านผู้อำนวยการ (ชื่อโรงพยาบาล / สถานพยาบาล).....  
Dear Director (Name of hospital / medical center)  
บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอความร่วมมือจากท่าน กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัย ตามรายละเอียด  
ดังนี้คือ  
Muang Thai Life Assurance Public Company Limited would like to request your kind cooperation in providing health information of the insured  
according to the stated details as follows:

- ชื่อสกุลผู้ป่วย / ผู้มารับการตรวจ.....อายุ..... ปี H.N. ....A.N. ....  
Name-Surname of Patient/Person Receiving Treatment Age Years
- วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....  
Date of Birth ID Card No.
- ที่อยู่ที่ได้รับจากสถานพยาบาล.....ชื่อผู้ติดต่อ.....ความสัมพันธ์.....  
Address Given to the Medical Center Contact Person Relationship
- ประวัติการสูบบุหรี่  ไม่สูบ  สูบ ปริมาณ.....มวน/ซอง ต่อวัน ระยะเวลาที่สูบ.....  
Smoking No Yes Cigarette(s) / Pack(s) Per Day Duration of Smoking
- ประวัติการดื่มสุราแอลกอฮอล์  ไม่ดื่ม  ดื่ม ชนิด.....ปริมาณ.....ระยะเวลาที่ดื่ม.....  
Liquor/Alcohol Consumption No Yes Type Amount Duration of Alcohol Consumption
- ประวัติโรคประจำตัว (Underlying Disease)

โรค/อาการและอาการแสดง Disease/Signs & Symptoms	วันที่เริ่มเป็น/วันที่รับการรักษา Date of Onset/Date of Treatment	ระยะเวลาที่รับการรักษา Duration of Treatment	ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ(LAB)/ผลชิ้นเนื้อ Lab Test Results/ Pathological Report/X-Ray Report	สถานพยาบาล Name of Medical Center

7. ประวัติการรักษาปัจจุบัน (Present Illness)

โรค/อาการและอาการแสดง Disease/Signs & Symptoms	วันที่เริ่มเป็น/วันที่รับการรักษา Date of Onset/Date of Treatment	ระยะเวลาที่รับการรักษา Duration of Treatment	ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ(LAB)/ผลชิ้นเนื้อ Lab Test Results/ Pathological Report/X-Ray Report	สถานพยาบาล Name of Medical Center

8. ผลการรักษาปัจจุบัน / ความเห็นเพิ่มเติม (Present Treatment Result/Comments).....  
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby certify that the above statement is true in all aspects.

ลงชื่อ (Sign).....

( )

แพทย์ผู้ทำการรักษา (Attending Physician)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ (Medical License No.).....

สถานพยาบาล (Medical Center).....

วันที่ให้ข้อมูล (Date of Information Submission).....

(ประทับตราสถานพยาบาล) Affix with Medical Center's Seal

หมายเหตุ : หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

Remark : If you require more information, please contact (Mr./Mrs./Miss)

ทีม/ฝ่าย..... โทร ..... แฟกซ์ .....

Team/Department

Tel.

Fax