



ชุมนุมสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย จำกัด
ใบรายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาคุณภาพสิ้นเชิงอย่างถาวร

วันที่.....เดือน.....ปี.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล..... วันที่เริ่มรับการตรวจรักษา/วันที่แพทย์ลงความเห็นเป็นคุณภาพสิ้นเชิงอย่างถาวร.....

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/น.ส..... เลขประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ประเภทคุณภาพ สิ้นเชิงอย่างถาวร	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียด คุณภาพ	เป็นมานาน เดือน/ปี	สาเหตุ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
1. ทางกรเห็น	- การเห็นของสายตา			() ตาบอด ข้าง () ข้างซ้าย () ข้างขวา () ตาเลือนราง.....ข้าง () ข้างซ้าย () ข้างขวา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา					
2. ทางร่างกายหรือการ เคลื่อนไหว	- การเคลื่อนไหวมือ แขน			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ () อ่อนแรง ระบุ () อื่นๆ ระบุ () ร่างกาย ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
	-การเคลื่อนไหว ขา หรือเท้า			() การเคลื่อนไหว () ขาด ระบุ () อ่อนแรง ระบุ () อื่นๆ ระบุ () ร่างกาย ระบุ.....	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
3. การทำกิจวัตร ประจำวัน	- ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน			() ทำได้เอง () ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย () ทำเองไม่ได้เลย	() จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

หมายเหตุ ใบรายงานนี้มีใช้ข้อมูลที่จะนำไปใช้พิจารณาการจ่ายเงินผลประโยชน์สำหรับประกันภัยของบริษัทประกันชีวิต แต่เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการจัดผลประโยชน์ทางด้านสวัสดิการขั้นพื้นฐานให้แก่สมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียน จึงขอความ
อนุเคราะห์จากท่านในการกรอกข้อมูลที่เป็นจริงโดยละเอียด เพื่อประโยชน์แก่ผู้ได้รับความสามารถและขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ประเภททุพพลภาพ สิ้นเชิงอย่างถาวร	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียด ทุพพลภาพ	เป็นมานาน เดือน/ปี	สาเหตุ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
4. การทำงาน	- ความสามารถในการทำงาน			() ทำงานได้ () ไม่สามารถทำงานได้	() จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
5. ทางจิตใจหรือ พฤติกรรม	- สภาวะทางจิตหรือพฤติกรรม				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
6. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			() พัฒนาการ () สติปัญญา	() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ
7. การการเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				() ตั้งแต่เกิด () ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	() พันธุกรรมการ () โรคติดเชื้อ () อุบัติเหตุ () โรคอื่นๆ ระบุ..... () ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัยปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน ☐ เป็นทุพพลภาพสิ้นเชิงอย่างถาวร ☐ ไม่เป็นทุพพลภาพสิ้นเชิงอย่างถาวร

ลงชื่อ.....แพทย์ ผู้วินิจฉัยและตรวจประเมิน
(.....)
ตำแหน่ง.....

ประทับตรา
สถานพยาบาล

หมายเหตุ ใบรายงานนี้มีข้อมูลที่จะนำไปใช้พิจารณาการจ่ายเงินผลประโยชน์สำหรับประกันภัยของบริษัทประกันชีวิต แต่เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการจัดผลประโยชน์ทางด้านสวัสดิการ
ขั้นพื้นฐานให้แก่สมาชิกสหกรณ์เครดิตยูเนียน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการกรอกข้อมูลที่เป็นจริงโดยละเอียด เพื่อประโยชน์แก่ผู้ได้รับความสามารถและขอขอบพระคุณในความร่วมมือ
มา ณ โอกาสนี้