

PART I (TO BE FILLED OUT BY THE APPLICANT)

First Name : (ชื่อแรก)		Middle Name : (ชื่อกลาง)		Last Name: (ชื่อสกุล)	
Address (ที่อยู่) :					
Tel (โทรศัพท์) :		Fax (โทรสาร) :		E-Mail (อีเมล) :	
Date of Birth (วัน/เดือน/ปี เกิด) :		Age (อายุ) :		Sex (เพศ):	
Country of Citizenship : (ประเทศที่เกิด)		Country of Residence : (ประเทศที่พำนักอาศัย)			
Father's Name (ชื่อบิดา) :		Mother's Name (ชื่อมารดา):			
If Deceased, Cause of death : (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)		If Deceased, Cause of Death : (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
No. of Siblings : (จำนวนพี่น้อง)		If Any sibling is Deceased, cause of Death : (กรณีเสียชีวิต กรุณาระบุสาเหตุ)			
Medical Coverage (ท่านถือกรมธรรม์ประกันสุขภาพของบริษัทอื่นอยู่) : ☐ YES (ใช่) ☐ NO (ไม่)					
This note gives the physician permission to report any medical information requested to Pacific Cross Health Insurance Co., Ltd. Or its administrators. (ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพตอบแบบสอบถามด้านล่างเพื่อเป็นการให้แก่บริษัทแปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน))					
Applicant's Signature : (ลายเซ็นของผู้สมัคร)			Date : (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 (น้ำหนักลด/เพิ่ม ในปีที่ผ่านมา)	☐	☐	6. Frequent/painful urination, flank pain hematuria, kidney stones, prostate problems (อาการปวดเวลาขับปัสสาวะบ่อยๆ อาการเจ็บปวดบริเวณชายโครง ภาวะถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน โรคนี้ในไต มีปัญหา เกี่ยวกับต่อมลูกหมาก)	☐	☐
2. Recurrent headaches, dizziness, seizure, TIA, CVA, localized weakness or paresthesias, (มีอาการปวดศีรษะบ่อยๆ วิงเวียน ชัก โรคหลอดเลือดสมอง ตีบชั่วคราว โรคอัมพาต อัมพฤกษ์ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่หรือมีอาการ อัมพาตบางส่วน)	☐	☐	7. Abnormal vaginal discharge, bleeding, pelvic pain, painful/abnormal menstruation, breast nodules or tenderness (มีความผิดปกติของสารคัดหลั่งจากช่องคลอด เลือดออกจากช่องคลอด อาการปวดท้องน้อย อาการปวดประจำเดือนหรือประจำเดือนผิดปกติ พบก้อนที่เต้านมและกดเจ็บ)	☐	☐
3. Visual complaints, ENT complaints, epistaxis, decreased hearing, tinnitus (มีความผิดปกติทางด้านการมองเห็น มีความผิดปกติที่หู คอ จมูก เลือดกำเดาไหล การได้ยินลดลง หูอื้อ)	☐	☐	8. Joint pain, arthritis, muscle pain, low back pain, claudication, paresthesias, cramps, edema (อาการปวดข้อ ข้ออักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดหลังส่วนล่าง อาการกะเผลกเหตุปวดประสาท ความรู้สึกสั่นแปลบ เพี้ยน ตะคริว บวม)	☐	☐
4. Recurrent abdominal pain, GERD, change in bowel habits and color of stool, hematemesis, hematochezia or melena (มีอาการปวดบริเวณช่องท้องบ่อยๆ ภาวะกรดไหลย้อน การทำงานของลำไส้แปรปรวนหรือผิดปกติ สีอุจจาระผิดปกติ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีเลือดปน)	☐	☐	9. Ecchymoses, petechiae, easy bruising, gum or nose bleeding, icterus, rashes (อาการจ้ำหรือห้อเลือด จุดแดงได้ผิวหนัง ฟกช้ำง่าย เลือดออกตามเหงือกหรือจมูก ดีซ่าน ผื่นคัน)	☐	☐
5. Chest pain, palpitations, shortness of breath easy fatigability, orthopnea, CHF paroxysmal nocturnal dyspnea (อาการเจ็บหน้าอก หวใจเต้นผิดปกติ ใจสั่น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย ภาวะหัวใจล้มเหลว)	☐	☐	10. Asthma, COPD, chronic cough, bronchitis, bloody sputum, urticaria, allergies, (หอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบลมชักเสบ เสมหะมีเลือดปน โรคภูมิแพ้ โรคภูมิแพ้)	☐	☐
			Details (รายละเอียด) :		

ADDITIONAL INFORMATION (ข้อมูลเพิ่มเติม) :					
SOCIAL HISTORY (ประวัติอื่น ๆ) :		YES	NO		
SMOKING (การสูบบุหรี่) :	☐	☐	Amount (ปริมาณการสูบ) :		
ALCOHOL INTAKE (การดื่มแอลกอฮอล์) :	☐	☐	Amount (ปริมาณการดื่ม) :		
ANY FORM OF EXERCISE (การออกกำลังกาย) :	☐	☐	Details (รายละเอียด) :		
FAMILY HISTORY (ประวัติครอบครัว) :					
PAST MEDICAL HISTORY (ประวัติการเจ็บป่วยรักษา) :					
CURRENT MEDICATIONS (ยาที่ใช้ในปัจจุบัน) :					

II-B PHYSICAL EXAMINATION REPORT : (Please comment on each area)								
1	VITAL SIGNS (สัญญาณชีพ): BP:		HR :	/MIN	RESP :		TEMPERATURE :	° C
	HEIGHT :	CM	WEIGHT :	KG				
2	HEENT :	EYES (ตา)						
		NECK/THROAT (คอ/ลำคอ)						
		EARS (หู)						
3	LUNGS (ปอด) :							
4	HEART (หัวใจ) :							
5	ABDOMEN (ช่องท้อง) :		SCARS (แผลเป็น) :		RECTAL (ทวารหนัก) :			
6	EXTREMITIES (แขน ขา) :		BACK (หลัง) :					
7	NEURO (ระบบประสาท) :							

M.D.