



บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5,6  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร 02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601 [www.dhipayalife.co.th](http://www.dhipayalife.co.th)

หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพสำหรับผู้เยาว์ (อายุ 0 - 15 ปี)

MEDICAL REPORT IN CONNECTION WITH APPLICATION FOR JUVENILE INSURANCE TO BE USED ONLY IN CASE OF CHILDREN BETWEEN THE AGES OF 0 - 15 YEARS					
EXAMINATION OF CHILD (Strip child to waist)					
Full name of child examined	Date of Birth		Age	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
	ID card number		Height (cm.)	Weight (kg.)	
1. A. Has the child any impairment of physical growth or mental development or peculiar look?		YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Details of "YES" answers. (Identify Item)	
B. Has the child any impairment of sight or hearing?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
C. Has the child any deformity or lameness?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
D. Has the child been hospitalized? When? Where? Why?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
2. After careful inquiry and examination, do you find any evidence of past or present disease or abnormality of :					
A. Brain or Nervous system? Convulsion?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
B. Heart or Lungs?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
C. Abdomen, Kidneys or Genito-urinary system?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
D. Skin, Bones, Joints or Muscles?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
E. EENT (Including impairment of sight and hearing)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
F. Thyroid gland, other Endocrine glands, Metabolic and Blood disease?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
3. Are you satisfied as to Child's identity?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
4. Is the child normal and healthy in your opinion?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Any significant weight change in the past 6 months?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
5. For female applicant only, the latest menstruation duration was on date ..... to date .....					
6. Urinalysis					
pH	Specific gravity	Albumin	Sugar	Blood	Others

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้ปกครองของผู้เยาว์และได้นำผู้เยาว์นี้มารับการตรวจสุขภาพโดยแพทย์จริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง  
( )

ความสัมพันธ์ .....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ  
( )

วันที่..... เวลา.....น.  
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ตำแหน่ง/คุณวุฒิ.....

ประทับตราของโรงพยาบาล/คลินิก (ถ้ามี)

\*กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลของท่านตามที่ระบุในเอกสารนี้\*