

ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย.....

ถือเป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

**PART I FOR EXAMINER**

Please take further blood pressure reading in accordance with the following; >

- a) Applicant to rest lying down for at least 5 minutes before blood pressure is taken.
- b) Armlet of blood pressure apparatus to be placed on arm, but not inflated during period while applicant is resting.
- c) Blood pressure to be taken 3 or 4 times at intervals of one minute with cuff deflated during intervals.
- d) Diastolic pressure to be recorded at moment of cession of all sound. (5<sup>th</sup> phase)

SYSTOLIC

--	--	--	--

DIASTOLIC

--	--	--	--

What is the pulse rate ?

Have you ever taken this applicant's blood pressure in the past?

If so, give the readings obtained with dates.

Date \_\_\_\_\_

Signature of Examiner \_\_\_\_\_

Name(Block letters) \_\_\_\_\_

(Kindly check your report avoid mistake or omission)

**HOSPITAL STAMP**

**PART II สำหรับผู้สมัคร**

โปรดให้ผู้สมัคร ตอบคำถามดังต่อไปนี้

ในปัจจุบันหรือในระหว่าง 2 ปีที่แล้ว ท่านเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หรือไม่

เคย  ไม่เคย

ถ้าเคย รักษาโดย นพ./พญ. \_\_\_\_\_ ที่อยู่ รพ./คลินิก \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรอง ณ ที่นี้ว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

เขียนที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พศ. \_\_\_\_\_

พยาน/ตัวแทน

ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา, มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นผู้ลงนามเพิ่ม)