

แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้เคยเป็นสมาชิกรัฐสภาที่ทุพพลภาพ

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน ประธานกรรมการกองทุนเพื่อผู้เคยเป็นสมาชิกรัฐสภา

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สังกัด.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย / ประเมิน นาย / นาง / นางสาว.....

มีอาการ.....

ปรากฏว่า ทุพพลภาพ ในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

มือทั้งสองข้างขาด

แขนทั้งสองข้างขาด

มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่งขาด

มือข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด

แขนข้างหนึ่งกับเท้าข้างหนึ่งขาด

แขนข้างหนึ่งกับขาข้างหนึ่งขาด

สูญเสียลูกตาทั้งสองข้างหรือสูญเสียตาข้างหนึ่งกับสูญเสียสมรรถภาพใน

การมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือเสียความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ ๓/๖๐ หรือมากกว่าของตาอีกข้างหนึ่ง หรือสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็นร้อยละเก้าสิบขึ้นไป หรือสูญเสียความสามารถในการมองเห็น ตั้งแต่ ๓/๖๐ หรือมากกว่าของตาทั้งสองข้าง

โรคหรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง เป็นเหตุให้มือหรือแขนทั้งสองข้าง มือข้างหนึ่งกับแขนข้างหนึ่ง มือข้างหนึ่งกับขาอีกข้างหนึ่ง หรือแขนข้างหนึ่งกับขาหรือเท้าอีกข้างหนึ่ง หรือขาทั้งสองข้างกับการขับถ่ายปัสสาวะ ออจาระ สูญเสียสมรรถภาพโดยสิ้นเชิง

โรคหรือการบาดเจ็บของสมอง เป็นเหตุให้สูญเสียความสามารถของอวัยวะของร่างกาย

ไม่ทุพพลภาพ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ