

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 1751/67

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

โทร.

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 - 2 0 9 7 - 0 1 8 2 4 - 1 6 - 1

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- อุบัติเหตุ และผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
- ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ

วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

ในกรณีที่ผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ

วันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลชื่อ โรงพยาบาลสินธร

ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ 6 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ส่วนสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต / มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือ

ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- อื่นๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

สุขภาพแข็งแรงดี

ผลเอกซเรย์ปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สายตาปกติ ไม่มีภาวะตาบอดสี

ไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ



ลงชื่อ

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561