



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า (ยศ ชื่อ-สกุล) ต้นสังกัด สอ. จำกัด
 ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประชาชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- 1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
- 2. อุบัติเหตุและผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
- 3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
- 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ

(.....)

แจ้งไว้วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาล (สถานที่ตรวจ) เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (ยศ ชื่อ-สกุล)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย (ยศ ชื่อ-สกุล ผู้ขอใบรับรองแพทย์)

แล้วเมื่อ วันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ
 ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือ
 ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง

(5) มะเร็ง

(ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรค (1)-(5) ของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อ (6) นี้)

(6)

สรุปความเห็นแพทย์และข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
 (.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง หรือ สมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

