



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประชาชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--|
| 1.โรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 6.โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 2.อุบัติเหตุและผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 7.โรคไตระยะ 3 | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 8.วัณโรค | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) |
| 4.โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | 9.ประวัติอื่น ๆ ที่สำคัญ | | |
| 5.โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) | | | |

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)

ขอรับรองว่าบุคคล

- ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน
- ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ
- ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง
- ไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้

(1) โรคหัวใจ

(2) วัณโรค

(3) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง (ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน)

(4) โรคไตเรื้อรังรุนแรง

(5) โรคมะเร็ง

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

(6) อื่น ๆ.....

สรุปความเห็นแพทย์และข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง หรือ สุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ประทับตรา

โรงพยาบาลรัฐ /

สถานพยาบาลรัฐ