



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประชาชน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|
| 1.โรคประจำตัว | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... | 8.โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 2.อุบัติเหตุและผ่าตัด | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 9.โรคไต | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 10.โรคเอดส์/HIV | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.โรคเมเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 11.โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 5.โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 12.โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 6.โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) | 13.ประวัติอื่น ๆ ที่สำคัญ | |
| 7.โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ 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)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว

- | | |
|---|---|
| ☐ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญหาอ่อน | ☐ ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ |
| ☐ ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง | ☐ ไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้ |

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. โรคเมเร็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 2. โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 3. โรควัณโรค | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 4. โรคปอดเรื้อรัง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 6. ภาวะไตวาย (ล้างไต) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 7. โรคเอดส์/HIV | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 8. โรคตับแข็ง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |
| 9. โรคเอสแอลอี (SLE) | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) |

ประทับตรา
โรงพยาบาลรัฐ

สรุปความเห็นแพทย์และข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง หรือ สุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ 1 - 9 หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอท.

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2568 เป็นต้นไป (สำหรับผู้สมัครรอบพิเศษเท่านั้น)