



ประกาศสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร  
เรื่อง

กำหนดใบรับรองแพทย์ (สสอท.2)

\*\*\*\*\*

จากการประชุมคณะกรรมการดำเนินการ สสอท. ครั้งที่ 15/67 เมื่อวันศุกร์ที่ 22 พฤศจิกายน 2567 ได้มีมติให้ยกเลิก แบบใบรับรองแพทย์ (สสอท.2) เดิม และได้กำหนด แบบใบรับรองแพทย์ (สสอท.2) ตามที่แนบประกาศนี้ เพื่อให้เป็นมาตรฐาน และแนวทางเดียวกัน โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก [www.ca-comil.com](http://www.ca-comil.com)

ทั้งนี้ ให้เริ่มถือใช้ ตั้งแต่การสมัครสมาชิก รอบ 1/2568 (3-24 ม.ค.68) เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

พลเอก

(สุรินทร์ แพโต)

นายกสมาคม

ฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ทหาร



**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

