

ใบรับรองแพทย์

ตรวจสอบสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว

วันที่: 14 มีนาคม 2567

1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสอบสุขภาพ

1) ชื่อ-สกุล นาย อ่อง วิน ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ: MR. Aung Win

เลขประจำตัวบุคคล 2024000000001 | HN: A681600001 เลข Passport

วันเดือนปีเกิด 1/1/2538 สัญชาติ เมียนมา ตำแหน่งงาน กรรมกร

2) ที่อยู่ปัจจุบัน 123/1 ถ.สุขุมวิท ตรอก..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง คลองเตย

อำเภอ/เขต คลองเตย จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10110 โทร..... โทรศัพท์มือถือ 0812345671

2. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

ชื่อ-สกุล (นายจ้าง) บริษัท รุ่งเรือง จำกัด ประเภทของกิจการ ก่อสร้าง

สถานที่ทำงาน 123 ถ.สุขุมวิท กรุงเทพฯ

3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

นายแพทย์/แพทย์หญิง -

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ - สถานพยาบาลชื่อ โรงพยาบาลซีเมดลิฟวิ่งแคร์ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

ที่อยู่ เลขที่ 111 ซอยรังสิต-นครนายก42 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

ผลการตรวจสอบสุขภาพ

ส่วนสูง: - ซม. น้ำหนัก: - กก. ความดันโลหิต: -/- mmHg ชีพจร: - ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายจิตใจทั่วไป: ff

| | | | |
|---------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ผลการตรวจวัณโรค: | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ/ให้การรักษา | <input type="checkbox"/> ระยะอันตราย |
| ผลการตรวจโรคเรื้อน: | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ/ให้การรักษา | <input type="checkbox"/> ระยะติดต่อ/อาการเป็นที่น่ารังเกียจ |
| ผลการตรวจเท้าช้าง: | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ/ให้การรักษา | <input type="checkbox"/> อาการเป็นที่น่ารังเกียจ |
| ผลการตรวจโรคซิฟิลิส: | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ/ให้การรักษา | <input type="checkbox"/> ระยะที่3 |
| ผลการตรวจสารเสพติด: | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> พบสารเสพติด | <input type="checkbox"/> ให้ตรวจยืนยัน |
| ผลการตรวจพิษสุราเรื้อรัง: | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ปรากฏอาการ | |
| ผลการตรวจการตั้งครรภ์: | <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ | |

ผลการตรวจอื่นๆ (ถ้ามี): ff

สรุปผลการตรวจ

☒ 1) สุขภาพสมบูรณ์ดี

☐ 2) ผ่านการตรวจสอบสุขภาพ แต่ต้องให้การรักษา ความดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง

☐ วัณโรค

☐ โรคเรื้อน

☐ โรคเท้าช้าง

☐ โรคซิฟิลิส

☐ 3) ไม่ผ่านการตรวจสอบสุขภาพ เนื่องจาก

3.1 ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้/จิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

3.2 เป็นโรคไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพ(ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข)

แพทย์ผู้ตรวจ



..... ประทับตรา

(-)

(หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้มีอายุ 90 วัน นับแต่วันที่ออกผลรับรอง ยกเว้น กรณีใช้สำหรับการประกันสุขภาพมีอายุ 1 ปี)