



โรงพยาบาลเอกชล 2  
AIKCHOL 2 HOSPITAL

31/2 หมู่ 3 ถนนอ่างศิลา ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

เล่มที่ 14750

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 737487

วันที่ 19/3/63

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (Physician).....

นพ.ไพโรจน์ ศรีพิลาภ  
145152

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (Medical License No.).....

ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยชื่อ (Patient's name)..... อายุ (Age).....

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)..... (AN) :.....

วินิจฉัยว่าเป็นโรค (Diagnosis).....

การรักษา .....

- ยากิน

- 6662401

ความเห็นแพทย์

☐ 1. ไม่มีความจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

☐ 2. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลเพราะมีความจำเป็นรีบด่วน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีทันใด

อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้

โดยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... จำนวน..... วัน

☐ 3. ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... จำนวน..... วัน

☒ 4. ให้พักรักษาตัวที่บ้านตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... จำนวน..... วัน

☐ 5. ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือสภาวะปกติของจิตใจอย่างถาวร

☐ 6. อื่นๆ .....

(หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ☒ หน้าข้อที่ต้องการ)

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้รักษา

(..... นพ.ไพโรจน์ ศรีพิลาภ  
145152.....)

.....  
(.....)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / หน่วยงาน  
Hospital Staff / Department

ผู้รับใบรับรองแพทย์ หรือ ผู้รับการตรวจ  
Patient's name of Client