

ตัวอย่างใบรับรองแพทย์

เล่มที่ 2551

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 127535

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช สุพรรณบุรี

วันที่ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2558

ข้าพเจ้า พญ. ศิริพร ธีระกุล แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง

สาขา กุมารเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ ๑.23713

ได้ทำการตรวจร่างกายของ [REDACTED]

ปรากฏว่า มีอาการไข้ ปวดหัว แขน-ขา อ่อน อ่อนแรง จากสาเหตุ

ความเห็น ควรได้รับการพักรักษาตัว.....วัน

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นอื่นๆ

ลงชื่อ.....ศิริพร.....

(.....ศิริพร.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

# ตัวอย่างใบรับรองแพทย์

สถานที่..... สมปณสิร พญ ด็ก แ่น้ำจันทรมหาราช..... เอกสารรับรองความพิการ โดยพิจารณาจากความบกพร่อง..... เลขที่.....  
 ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง..... [Redacted]..... ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... 3285..... วันที่..... 30..... เดือน..... ก.ค...... พ.ศ. 2555  
 ได้ประเมิน ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นางสาว..... สุภาภักดิ์ ๗๖๑๖๗..... เลขประจำตัวประชาชน..... 1 7 0 9 8 0 0 5 8 4 2 3 6

ประเภทความบกพร่อง	หัวข้อพิจารณา	ผลการประเมิน		ระบุรายละเอียดลักษณะความบกพร่อง / พิการ	การเกิดความบกพร่อง / พิการ	สาเหตุของความบกพร่อง / พิการ
		ไม่บกพร่อง	บกพร่อง			
๑. ทางกรเห็น	- การเห็นของสายตา			( ) ตาบอด ( ) ตาเลือนราง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลานสายตา					
๒. ทางกรได้ยินหรือสื่อความหมาย	- การได้ยินเสียง			( ) หูหนวก ( ) หูตึง	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- การเข้าใจภาษาพูด			( ) สื่อความหมาย		
	- การใช้ภาษาพูด					
๓. ทางกรเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	- การเคลื่อนไหว มือ แขน ขา หรือ เท้า			( ) การเคลื่อนไหว ( ) ขาด ระบุ..... ( ) อ่อนแรง ระบุ..... ( ) อื่น ๆ ระบุ..... ( ) ร่างกาย ระบุ.....	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
	- ลักษณะทั่วไปของร่างกาย					
๔. ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	- สภาวะทางจิต หรือพฤติกรรม				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๕. ทางสติปัญญา	- ความสามารถทางสติปัญญา			( ) พัฒนา ( ) สติปัญญา	( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๖. ทางกรเรียนรู้	- ความสามารถทางการเรียนรู้				( ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ
๗. ออทิสติก	- กลุ่มออทิสติก		✓		( ✓ ) ตั้งแต่เกิด ( ) ภายหลัง จำนวน.....ปี.....เดือน	( ) พันธุกรรม ( ) โรคติดเชื้อ ( ) อุบัติเหตุ ( ) โรคอื่น ๆ ระบุ..... ( ) ไม่ทราบสาเหตุ

สรุปผลการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากความบกพร่องตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ปรากฏว่าผู้ถูกประเมิน

( ) ไม่มีความพิการ ( ✓ ) มีความพิการ  
 ความเห็น ( ✓ ) ส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อมีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมาย ( ✓ ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ระบุ.....  
 ( ✓ ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ระบุ..... กรณีพิเศษ..... ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ระบุ.....  
 ( ) ส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ระบุ..... ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ..... พญ. พณณ ๗๖๑๖๗.....  
 (.....).....  
 ตำแหน่ง.....

ประทับตรา  
 โรงพยาบาล