

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1

ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ศุภรัตน์ อังกินันท์

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 106 หมู่ที่ 6 ห้วยแม่เพรียง แก่งกระจาน เพชรบุรี 76170

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1 - 7 6 9 9 - 0 0 4 9 9 - 5 6 - 7

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ วันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2

ของแพทย์

สถานที่ตรวจ พริบตา แทนเจอริน สหคลินิก วันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565

(1) ข้าพเจ้า (นายแพทย์) แพทย์หญิง นายแพทย์นิพนธ์ อีรตกุลพิศาล

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 12466 สถานพยาบาลชื่อ พริบตา แทนเจอริน สหคลินิก

ที่อยู่ เลขที่ 319 อาคารจัตุรัสจามจุรี ชั้น 11 ยูนิต 1109-1116 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว ศุภรัตน์ อังกินันท์

แล้วเมื่อวันที่ 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 75 กก. ความสูง 174 เซนติเมตร ความดันโลหิต 127/69 มม.ปรอทชีพจร 70 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิต
ฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่
ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) อื่น ๆ (ถ้ามี) dasdd

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ dddddd

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองเป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561