



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ ๑ ของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑.โรคประจำตัว ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

๒.อุบัติเหตุ และผ่าตัด ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

๓.เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

๔.โรคภูมิแพ้ * ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

*ในกรณีมีโรคภูมิแพ้ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดจากอาการแพ้มากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้เข้ารับได้

ลงชื่อ

วันที่ 1 มิถุนายน 2553

(*ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม (*๑)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (*๒)ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 9330

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ได้ตรวจร่างกาย แล้วเมื่อวันที่ มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคทำซางในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) อื่นๆ.....

(*๓)สรุปความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

*หมายเหตุ (*๑) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่ที่ตรวจร่างกาย

(*๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(*๓) แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(*๔) แบบฟอร์มนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๕๑ วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๑