



## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ ๑ ของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑.โรคประจำตัว ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

๒.อุบัติเหตุ และผ่าตัด ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

๓.เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

๔.โรคคลมชัก \* ☐ ไม่มี

☐ มี(ระบุ).....

\*ในกรณีมีโรคคลมชักให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดจากอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้

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 และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคทำซางในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

(๔) อื่นๆ.....

(\*๓)สรุปความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

\*หมายเหตุ (\*๑) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่ที่ตรวจร่างกาย

(\*๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(\*๓) แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(\*๔) แบบฟอร์มนี้ได้รับรองจากมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๕๑ วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๑