เล่มที่ 001 เลขที่ {{เลขที่}}

**ใบรับรองแพทย์**

ส่วนที่1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว…{{ชื่อ}}………………..……………………………………………

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)….{{ที่อยู่}}……

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน {{เลขบัตรมีขีด}}

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1.โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)............................................................................................

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

3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)............................................................................................

4.ประวัติอื่นๆ ไม่มี มี (ระบุ)...........................................................................................

ลงชื่อ……………………………………………………………วันที่…{{วัน}}….เดือน…{{เดือน}}….พ.ศ…{{ปี}}……

( ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามแทนได้ )

ส่วนที่2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ…..คลินิกเชกรรมชีวาดี........ วันที่…{{วัน}}….เดือน………… {{เดือน}}……………….พ.ศ……… {{ปี}}…….

(1)ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง……………ณัฐนันท์ วิชัยภูมิ…………………………….....(๑)…..………………………………………..

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่……………………………………..๖๘๘๐๓………………………………………………………...

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม……………..๓๐/๕ ถ.เทศบาล ๘ ต.บัวใหญ่ อ.บัวใหญ่ จ.นครราชสีมา ๓๐๑๒๐…………………

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว…{{ชื่อ}}…..……………………………………………………

แล้วเมื่อวันที่… {{วัน}}….เดือน………………… {{เดือน}}………………….พ.ศ…………… {{ปี}}…………..มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว...{{หนัก}}...กก.ความสูง...{{สูง}}...เซนติเมตร ความดันโลหิต..{{ความดัน}}..มม. ปรอทชีพจร..{{ชีพจร}}..ครั้ง/นาที

สภาพร่างการทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)………………………………………………………………………………

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษและอาการของโรคพิษสุราเรื้อรังและไม่ปรากฏอาการและอาการของโรคต่อไปนี้

1.โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

2.วัณโรคในระยะอันตราย

3.โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

4.ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ ให้ระบุข้อนี้………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์……………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ลงชื่อ…………………………………………….แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(นายณัฐนันท์ วิชัยภูมิ)

หมายเหตู(1)ต้องเป็นแพทย์ที่ซื่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาเวชกรรม

(2)ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3)คำรับรองนี้เป็นคำตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งนี้ 2/2564 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564