

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า ..นายNOURN RETH

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อ).....71/1 หมู่ 14 ต.ขนงพระ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา

หมายเลขบัตรประชาชน.....0-0300-11261-16-1

..ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- 1.โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)

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

- 3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)

- 4.ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....วันที่ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ 2563

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลวังม่วงสัตว์ธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี วันที่ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า พญ.ครองขวัญ ชมพูชาติ (๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่...ว59724

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี

ได้ตรวจร่างกาย นายNOURN..RETH.

แล้วเมื่อวันที่ 09 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว..61.2..กก. -ความสูง..166...เซนติเมตร -ความดันโลหิต..123 / 80.....มม.ปรอท -ชีพจร...76....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ(ระบุ).

ขอรับรองว่าคุณคนดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

- (๒) วัฒนโรคระยะอันตราย

- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

- (๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์..... อัคราเรศ ๒๐๐ ปก. ทพจ.กร ๒๐๐ ปก. รพ.ตากปักษ์(๒)

msomsṭāw4 (finger rub test) 2hñ

ลงชื่อ.....นายแพทย์ตรวจร่างกาย



หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ ในรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า ...นางSIAM SUK

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อ)..... 71/1 หมู่.14 ต.ขนางพระ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา

หมายเลขบัตรประชาชน.....0-0302-11075-89-2

..ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1.โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)

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

3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)

4.ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า นพ.พนธกร บุญเกิด (๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่...๖60746.

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี

ได้ตรวจร่างกาย นางSIAM..SUK.

แล้วเมื่อวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว..46.3...กก. -ความสูง..150.../เซนติเมตร -ความดันโลหิต...115 / 63.....มม.ปรอท -ชีพจร...91....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคระยะอันตราย

(๓) โรคทำช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์..... สหภาพทำไปปกติ

(৬)

ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ រាជធានីភ្នំពេញ

ลงชื่อ.....



แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับรองจากมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นายSIMIN SUY

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อ) 71/1 หมู่ 14 ต.ชนงพระ อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา

หมายเลขบัตรประชาชน 0-0302-11075-98-1 ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1.โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....

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

3.เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....

4.ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ..... วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ในกรณีที่เด็กไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลวังม่วงสัตว์ธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า นพ.พนธกร บุญเกิด

(๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ๖60746

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลวังม่วงสัตว์ธรรม อ.วังม่วง จ.สระบุรี

ได้ตรวจร่างกาย นายSIMIN SUY

แล้วเมื่อวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 55 กก. - ความสูง 166 เซนติเมตร - ความดันโลหิต 104 / 62 มม.ปรอท - ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดเชื้อเสียดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

สุขภาพทั่วไปปกติ

(๒)

ก. 1. ดิบร่างตามปกติ

สุขภาพดี

ภาพถ่ายมีสี

ลงชื่อ.....

พทก



หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้ร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

พ4-3

แบบฟอร์มนี้ได้รับรองจากมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551