

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่

เลขที่

คำที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ วันที่ 16 เดือน 16 ปี 2565 พ.ศ.

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

คำที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ วันที่ 16 เดือน 16 ปี 2565 พ.ศ. (1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง บออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ๔๔๔๔๔

สถานพยาบาลชื่อ
ที่อยู่ 29/32 ถนน กรอกรยา ของ จังหวัด ระบุของ

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว
แล้วเมื่อวันที่ 16 เดือน 16 ปี 2565 พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 68 กก. ความสูง 173 เซนติเมตร ความดันโลหิต 112/75 มม.ปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัยโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ สุขภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติงานได้ (2)

.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) คำรับรองนี้เป็นกรตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น
แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่

เลขที่

คำที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดย.....

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ.....

.....

เนกรณเดกทเมเลมารบรอนตนเองเด เหมูปกครองลงนามรับรองแทนได้

คำที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์.....

สถานพยาบาล.....

ที่อยู่..... 29/3.....

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่.....

น้ำหนักตัว..... กก. ความสูง..... ซม.

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์.....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต

หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่

ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....สุขภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติงานได้..... (2)

หมายเหตุ

(1) ต้องมี.....

(2) ให้แสดงว่า.....

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่

เลขที่

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ

เลข. 2565

อน พ.ศ.

เนกรณเดกทเมสามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

ข้าพเจ้า นายแพ

สถานพยาบาล

ที่อยู่..... 29/

ได้ตรวจร่างกาย

แล้วเมื่อวันที่

น้ำหนักตัว

จร 72 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ สภาพแข็งแรง สามารถปฏิบัติงานได้ (2)

หมายเหตุ

(1)

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงพอ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่

เลขที่

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ !

ศ.

ตรวจสอบลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

ข้าพเจ้า นาย.....

สถานพยาบาล.....

ที่อยู่..... 29

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่

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

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี)

(2) สรุปความเห็นและชี้

(2)

ภัยผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

(1) ต้องเป็น

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็น การตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561