

ภาคผนวกที่ 14

---

เอกสารตรวจสอบสภาพร่างกาย

## ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 409411 / 66

ส่วนที่ ๑ ของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นายสิทธิศักดิ์ ศิริพงษ์

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 100 หมู่ ๑ ต.บ้านใหม่ อ.อ่าวขนอม จ.สุราษฎร์ธานี

หมายเลขเลขบัตรประจำตัวประชาชน

1-3198-00232-42-2

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- |                            |                                |   |
|----------------------------|--------------------------------|---|
| ๑. โรคประจำตัว             | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี(ระบุ) ..... |
| ๒. อุบัติเหตุ และผ่าตัด    | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี(ระบุ) ..... |
| ๓. เคยเข้ารักษาในโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี(ระบุ) ..... |
| ๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ     | .....                          |   |

ลงชื่อ ..... *สิทธิศักดิ์ ศิริพงษ์* .....

วันที่ 10 พฤษภาคม 2566

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

วันที่ 10 พฤษภาคม 2566

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ข้าพเจ้า พญ.เอียรศรา วงษ์ศิริสถาวร (๑) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ๖47188

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง

ได้ตรวจร่างกาย นายสิทธิศักดิ์ ศิริพงษ์

แล้วเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 มีรายละเอียดดังนี้ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ณ เวลา 13.40 น.

น้ำหนักตัว 81.5 กก. ความสูง 177 ซม. ความดันโลหิต 143/93 มม.ปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที

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

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของ

โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง

และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นเหตุรังเกียจแก่สังคม \*\*

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย \*\*

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม \*\*

(๔) .....  
(ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์

(๒)

สุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๓) แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๕๑ วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๑

\* เป็นโรคที่บังคับตาม พรบ. อื่นหลายฉบับ \* ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

\*เอกสารนี้จะมีสมบูรณ์ ต้องมีตราประทับ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยองเท่านั้น