

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลของผู้ขอรับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

เลขประจำตัวประชาชน ----

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

- ๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
- ๒. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
- ๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
- ๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ

(ลงชื่อ)

...../...../.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลของแพทย์ผู้ให้การรับรอง

สถานที่ตรวจวันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นายแพทย์/แพทย์หญิง) (๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย (นาย/นาง/นางสาว)

แล้ว เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัวกก. - ความสูง เซนติเมตร - ความดันโลหิต มม.ปรอท - ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ อาการของการติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
- (๒) วัณโรคในระยะที่แพร่กระจายเชื้อ
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๔) โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- (๕)

.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (๒)

.....

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ: (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 (๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนในการประชุมครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๑ วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๑