

# ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ .....

เลขที่.....

## ส่วนที่1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

สถานที่อยู่ (สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน -

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ และผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ .....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

## ส่วนที่2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....สถานพยาบาลชื่อ.....

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

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

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดเชื้อเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคลมชักไม่สามารถควบคุมได้
- (4) ความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง
- (5) ความผิดปกติในการเห็นภาพ
- (6) ภาวะตาบอดสีระดับรุนแรง
- (7) อื่นๆ (ถ้ามี) .....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น