



## ใบรับรองแพทย์

### คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เขียนที่.....

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานพยาบาลชื่อ.....ที่อยู่.....

ได้ทำการตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ).....

**ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ และไม่ปรากฏอาการของโรคต่อไปนี้ อันเป็นอุปสรรค**

**ต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพทันตกรรม**

1. ปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
3. โรคลมชักไม่สามารถควบคุมได้ และโรคติดเชื้อเสถียรให้โทษ
4. ความพิการทางร่างกายหรือข้อบกพร่องอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
5. ความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยระดับความถี่เฉลี่ย 500-2,000 เฮิรตซ์สูงกว่า 40 เดซิเบล
6. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40
7. มีภาวะตาบอดสี หรือ ภาวะตาพร่องสี โดยมีผลการตรวจ Ishihara Test และ Farnsworth D-15 hue Test มีเส้นตัดขวางมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เส้น (ตามแนวทางการตรวจตาบอดสีของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย) กรุณาแนบผลการตรวจมาด้วย
8. ความผิดปกติจากผลการตรวจเอกซเรย์ปอด
9. อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ประทับ  
ตราพ.

**หมายเหตุ :** ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย