

# ใบรับรองแพทย์

## ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ค.ญ.คลพร นัตรเงิน

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 11/5 หมู่ 5 ต.ตะเคียนทอง อ.เขาคิชฌกูฏ จ.จันทบุรี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน 1-2299-01502-45-1 ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

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

ลงชื่อ ..... วันที่ 5 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

## ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จันทบุรี วันที่ 5 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จันทบุรี

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว ค.ญ.คลพร นัตรเงิน

แล้วเมื่อวันที่ 5 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว 0 กก. ความสูง 0 เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร 0 ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ(ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้ที่พลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. (ถ้าจำเป็นต้องการตรวจโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ ให้ระบุในข้อนี้) .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์นี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551