

ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ (นายแพทย์/ แพทย์หญิง).....
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ
หนังสือรับรองฉบับนี้ขอแสดงว่า
ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้
ชื่อ – นามสกุล.....อายุ.....ปี
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย)บัตรประชาชน.....
ณ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ 100 หมู่ 10 ตำบลพลวง อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี
เมื่อวันที่.....

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้
วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และระยะเวลาของโรค)

.....
.....
.....

สรุปความคิดเห็น (ควรหยุดงานกี่วัน – เพราะเหตุใด

.....
.....
.....

ใบรับรองนี้ออกให้เมื่อวันที่.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ.....

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทยสภา