



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี(ระบุ).....

2. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ไม่มี มี(ระบุ).....

3. เคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี(ระบุ).....

4. โรคลมชัก ไม่มี มี(ระบุ).....

5. ประวัติอื่นที่สำคัญ ไม่มี มี(ระบุ).....

*ในกรณีมีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดจากอาการชักมากกว่า ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้

ลงชื่อ.....

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

วันที่.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา วันที่.....

ข้าพเจ้า..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลบางปะกง

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่..... มีรายละเอียดดังนี้

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

สภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรังและไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

2. วัณโรคในระยะอันตราย

3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม

4.

(ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อนี้)

สรุปความเห็น และข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(3)แบบฟอร์มนี้ให้รับการรับรองจกมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14 สิงหาคม 2551

*ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย