

# ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ติดเชื้อโควิด 19

## ส่วนที่ 1

ผู้ขอรับใบรับรองเป็นผู้กรอก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นส./ดช./ดญ. ....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

-  -  -  -

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

ข้าพเจ้าขอให้การยืนยันประวัติดังนี้

- ได้ทำการตรวจ ATK  ด้วยตนเอง  ที่สถานพยาบาลชื่อ .....  
เมื่อวันที่.....และมีผลเป็นบวก(ติดเชื้อ)
- ได้รับการกักตัวแบบ  Home Isolation (HI)  Community isolation (CI) ที่ .....  
ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาล(ระบุ) .....ระหว่างวันที่ .....ถึง .....รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา.....วัน
- ประวัติอื่นที่สำคัญ .....  
ลงชื่อ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ (1) ในกรณีที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือลงนามรับรองด้วยตนเองได้ ให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมาย หรือ ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

(2) การให้ข้อมูลอื่นเป็นเท็จ อาจได้รับโทษตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

## ส่วนที่ 2

แพทย์เป็นผู้กรอก

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

ข้าพเจ้า นพ./พญ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ .....

ปฏิบัติงานภายใต้สถานพยาบาล (ระบุ) ..... ขอรับรองว่า นาย/นาง/นส./ดช./ดญ. ....

- ได้เข้ารับการตรวจโรคโควิด 19 ด้วยวิธี  
 ATK โดยบุคลากรของสถานพยาบาล (ระบุ).....  RT-PCR  Rapid PCR  วิธีอื่น (ระบุ) .....
- ณ วันที่มาเข้ารับการตรวจโควิดดังกล่าว ผู้มาขอใบรับรองการตรวจ  
 ไม่มีอาการและไม่มีการแสดง(Asymptomatic) ของโรคโควิด 19  
 มีอาการหรืออาการแสดงของโรคโควิด 19 ดังนี้  
 ไข้  ไอ  เจ็บคอ  ตาแดง  หายใจหอบเหนื่อย  ค่าO2 Satอยู่ที่.....%  ท้องเสีย  น้ำมูก  
 ไม่ได้กลิ่น  ไม่รับรส  ปวดศีรษะ  ปวดเมื่อยตัว  อื่น ๆ (ระบุ) .....
- ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ) .....

แบบ  ผู้ป่วยใน  Home Isolation  Community Isolation ระหว่างวันที่ .....ถึง .....รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา.....วัน

**สรุปความเห็นของแพทย์** (ตัวเลือกใดไม่ต้องการยืนยัน ให้ขีดฆ่าทิ้ง)

- ผู้มาขอใบรับรองทำการตรวจการติดเชื้อโดยวิธี ATK “ด้วยตนเอง”
- ผู้มาขอใบรับรองได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ “ภายใต้สถานพยาบาล” และยืนยันได้ว่าการติดเชื้อโควิด 19 จริง
- ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่า 10 วันนับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่มีการตรวจพบเชื้อ  
ซึ่งตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ ถือว่าผู้ป่วยพ้นระยะการแพร่เชื้อแล้ว  
(\*\*\*\*\*ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีการใด ๆ เพื่อยืนยัน\*\*\*\*\*)
- อื่น ๆ .....

(Ver. 2.11.2021)

ลงชื่อ .....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ต้องออกภายใต้สถานพยาบาล (คลินิก /รพ.รัฐ/รพ.เอกชน) และต้องสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ (มีต้นฉบับ / เวชระเบียนที่ตรวจสอบย้อนหลังได้ อย่างน้อย 5 ปี)