ใบรับรองแพทย์

เล่มที่ ………………... เลขที่ …………………..

**ส่วนที่ 1**

**ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.......................................................................................................................................................................................

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)...................... ...................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว □ ไม่มี □ มี (ระบุ) ...................................................................

2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด □ ไม่มี □ มี (ระบุ) ...................................................................

3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล □ ไม่มี □ มี (ระบุ) ...................................................................

4. ประวัติอื่นที่สำคัญ ...............................................................................................................................

ลงชื่อ .............................................................. วันที่ .............. เดือน .............................. พ.ศ. ...............

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

**ส่วนที่ 2**

**ของแพทย์**

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

(1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .............................................................................................................................................................................. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .................................สถานพยาบาลชื่อ.........................................................................................

ที่อยู่ ................................................................................................................................................................................................................................

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว ........................................................................................................................................................................

แล้วเมื่อวันที่ ....................... เดือน ...................................... พ.ศ. .................... มีรายละเอียดดังนี้

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

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ □ ปกติ □ ผิดปกติ (ระบุ) .....................................................................................................................

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่  
ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. อื่น ๆ (ถ้ามี) ………………………………………………………………………………………………………………..…………......................

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

(2)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ................................................................................................................................................................

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

ลงชื่อ ...................................................................แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

**หมายเหตุ**  *(1)* ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

*(2)* ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561