



## ใบรับรองแพทย์

## ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า (ยศ ชื่อ-สกุล) ..... ต้นสังกัด สอ. .... จำกัด  
ที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

หมายเลขบัตรประชาชน .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- อุบัติเหตุและผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
- ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

แจ้งไว้วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ส่วนที่ 2 ของแพทย์

โรงพยาบาล (สถานที่ตรวจ) ..... เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล สังกัด .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (ยศ ชื่อ-สกุล) .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกาย (ยศ ชื่อ-สกุล ผู้ขอใบรับรองแพทย์) .....

แล้วเมื่อ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

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

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  
 ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือ  
ปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้

- โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
  - วัณโรคระยะอันตราย
  - โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
  - โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
  - มะเร็ง
- (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับโรค (1) - (5) ของผู้รับการตรวจให้ระบุในข้อ (6) นี้)
- (6) .....

ประทับตรา  
โรงพยาบาล

สรุปความเห็นแพทย์และข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง หรือ สมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทย์สภาในการประชุมครั้งที่ 4/2561 วันที่ 19 เมษายน 2561