



## ใบรับรองแพทย์

## ส่วนที่ 1 ของผู้รับใบรับรองแพทย์

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

หมายเลขบัตรประชาชน .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอใบรับรองแพทย์โดยขอแจ้งประวัติสุขภาพด้วยความสัตย์จริง ดังนี้

- |                                 |                                |   |                           |                                |   |
|---------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------|---|
| 1.โรคประจำตัว                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... | 8.โรคเบาหวานขั้นรุนแรง    | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 2.อุบัติเหตุและผ่าตัด           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... | 9.โรคไต                   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... | 10.โรคเอดส์/HIV           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 4.โรคมะเร็ง                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... | 11.โรคตับแข็ง             | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 5.โรคหัวใจ                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... | 12.โรคเอสแอลอี (SLE)      | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |
| 6.โรคผิวหนัง                    | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... | 13.ประวัติอื่น ๆ ที่สำคัญ | .....                          |   |
| 7.โรคปอดเรื้อรัง                | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ)..... |                           |                                |   |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน | <input type="checkbox"/> ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ     |
| <input type="checkbox"/> ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง                   | <input type="checkbox"/> ไม่ปรากฏอาการหรือแสดงอาการของโรคต่อไปนี้ |

- |                         |                                |  |
|-------------------------|--------------------------------|--|
| 1. โรคมะเร็ง            | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 2. โรคหัวใจ             | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 3. โรคผิวหนัง           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 4. โรคปอดเรื้อรัง       | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)   | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 7. โรคเอดส์/HIV         | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 8. โรคตับแข็ง           | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |
| 9. โรคเอสแอลอี (SLE)    | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี (ระบุ) ..... |

ประทับตรา  
โรงพยาบาลรัฐ

สรุปความเห็นแพทย์และข้อเสนอแนะของแพทย์  เป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรือสุขภาพแข็งแรง  อื่น ๆ (เพิ่มเติม) .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ (1) ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ที่เป็นจริง

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้สรุปความเห็นว่าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง หรือ สุขภาพสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม ข้อ 1 - 9 หรือตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ให้ถือว่าการสมัครเป็นสมาชิกตกเป็นโมฆะทันที

(5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ ตามแบบที่สมาคมฯ กำหนดเท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก สสอท.

เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2569 เป็นต้นไป (สำหรับผู้สมัครรอบพิเศษเท่านั้น)