

# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ( ) ปกติ

( ) ผิดปกติ ( ระบุ ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ ไม่แสดงอาการของโรคต่อไปนี้

1. วัณโรคระยะอันตราย
2. มะเร็งระยะอันตราย
3. โรคหัวใจระยะอันตราย
4. โรคเอดส์ระยะอันตราย
5. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรัง ( ระบุ ) .....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....  
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

## หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย