

ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาล (๑).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (๒).....

เป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ตำแหน่งหน้าที่.....ประจำสถานพยาบาล.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว ปรากฏว่าไม่เป็นโรคหรือพาหะของโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

- (๑) วัณโรค
- (๒) อหิวาตกโรค
- (๓) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์)
- (๔) โรคบิด
- (๕) ไข้สวกใส
- (๖) โรคคางทูม
- (๗) โรคเรื้อน
- (๘) โรคผิวหนังที่น่ารังเกียจ
- (๙) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส
- (๑๐) โรคอื่น ๆ

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมทั้งระบุที่อยู่

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๔) ให้แนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาพร้อมใบรับรองแพทย์นี้ด้วย