

ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate)

สถานพยาบาล

วันที่ตรวจ:/...../๒๕.....

ส่วนที่ ๑ : สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ (ประวัติสุขภาพ)

ข้าพเจ้า เกิดวันที่/...../.....

เลขบัตรประชาชน ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า [] ไม่มีโรคประจำตัว []
มีโรคประจำตัว คือ

ส่วนที่ ๒ : สำหรับแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

ได้ตรวจร่างกายผู้ขอรับการตรวจแล้ว มีความเห็นว่า:

๑. ความดันโลหิต/..... mmHg ชีพจร ครั้ง/นาที น้ำหนัก กก. ส่วนสูง
..... ซม.

๒. สภาพร่างกายทั่วไป [] ปกติ สมบูรณ์ดี [] มีความผิดปกติ

๓. สรุปความเห็น: เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่ปรากฏอาการของโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน/ขับขี

(ลงชื่อ)

แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ใบอนุญาตเลขที่