

ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาล (๑).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๒).....
เป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ตำแหน่งหน้าที่.....ประจำสถานพยาบาล.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว ปรากฏว่าไม่เป็นโรคหรือพาหะของโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

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

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ (๓).....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ
- (๑) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมทั้งระบุที่อยู่
 - (๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (๓) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (๔) ให้แนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาพร้อมใบรับรองแพทย์ด้วย