

## ใบรับรองแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

- (1) วัณโรค
- (2) อหิวาตกโรค
- (3) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์)
- (4) โรคบิด
- (5) โรคคางทูม
- (6) โรคเรื้อน
- (7) โรคผิวหนังที่นำรังเกียจ
- (8) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส
- (9) โรคอื่น ๆ

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมทั้งระบุที่อยู่
- (2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
  - (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
  - (4) ให้แนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาพร้อมใบรับรองแพทย์ด้วย