



ใบรับรองแพทย์
(จากสถานพยาบาลของรัฐ)

ส่วนที่ ๑

ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

๑. โรคเมเร็ง ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๒. โรคไต ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๓. โรคตับ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๔. โรคหัวใจ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

๕. โรคอื่นๆ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

หมายเหตุ ๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า โดยให้ ผกส. ขอประวัติการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

๒. หากข้าพเจ้าละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลทำให้ข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติจากการเป็นสมาชิก

๓. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ในการสมัครเป็นสมาชิก ผกส. เท่านั้น

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....) ผู้ขอใบรับรองแพทย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒

ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

๑. ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สถานพยาบาลของรัฐชื่อ.....

ที่อยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....

๒. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ดังนี้.....

ตราประทับ

สถานพยาบาลของรัฐ

ลงชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....) แพทย์ผู้ตรวจรับรอง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย