



ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย / นางสาววันเดือนปีเกิด.....

อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต.....ม.ม. โปรท ปกติ ไม่ปกติ

ลักษณะไม่ปกติที่พบ.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ปรากฏว่า.....

นาย / นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไร้ความสามารถจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

๑. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
๔. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๕. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๖. อื่น ๆ

๖.๑ สายตา.....

๖.๒ ตาบอดสี.....

๖.๓ Bl. Group.....

๖.๔ Chest X-ray.....

๖.๕ โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปผลการตรวจ

ปกติ

ไม่ปกติ

- ลักษณะไม่ปกติที่ตรวจพบ.....

- คำแนะนำ / ความเห็น.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

หมายเหตุ ให้นักเรียนตรวจสอบสุขภาพตามแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ของสถาบันฯ ในโรงพยาบาลของรัฐบาล พร้อมนำมาในวันรายงานตัว