



## ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย/นางสาว.....วัน เดือน ปีเกิด.....

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

ความดันโลหิต.....ม.ม. ปรอท  ปกติ  ไม่ปกติ

ลักษณะไม่ปกติที่พบ.....

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

นาย/นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติ

หน้าที่ได้ ไร้ความสามารถ จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ และปราศจากโรคเหล่านี้

๑. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

๒. วัณโรคในระยะอันตราย

๓. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

๔. ดิตยาเสพติดให้โทษ

๕. โรคพิษสุราเรื้อรัง

๖. อื่น ๆ

๖.๑ สายตา.....

๖.๒ ตาบอดสี.....

๖.๓ Bl. Group.....

๖.๔ Chest X-ray.....

### สรุปผลการตรวจ

ปกติ

ไม่ปกติ

- ลักษณะไม่ปกติที่ตรวจพบ.....

- คำแนะนำ/ความเห็น.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)