

ใบรับรองแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๒).....
เป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....
ตำแหน่งหน้าที่.....ประจำสถานพยาบาล.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว ปรากฏว่าไม่เป็น โรคหรือพาหะของโรคติดต่อ ดังต่อไปนี้

- (๑) วัณโรค
- (๒) อหิวาตกโรค
- (๓) ไข้รากสาดน้อย (ไทฟอยด์)
- (๔) โรคบิด
- (๕) ไข้สวกใส
- (๖) โรคคางทูม
- (๗) โรคเรื้อน
- (๘) โรคผิวหนังที่นำรังเกียจ
- (๙) โรคตับอักเสบที่เกิดจากไวรัส
- (๑๐) โรคอื่นๆ.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (๑) ให้ประทับตราสถานพยาบาลพร้อมทั้งระบุที่อยู่
- (๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (๓) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (๔) ให้แนบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาพร้อมใบรับรองแพทย์นี้ด้วย