



ใบรับรองแพทย์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่ (สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ----

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)
2. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้)

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่สถานพยาบาลชื่อ.....

ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

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

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการของโรคต่อไปนี้

- (1) ปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- (2) โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- (3) โรคลมชักไม่สามารถควบคุมได้ และโรคติดเชื้อเรื้อรังให้โทษ
- (4) ความพิการทางร่างกายหรือข้อบกพร่องอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
- (5) ความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยระดับความถี่เฉลี่ย 500-2,000 เฮิรตซ์สูงกว่า 40 เดซิเบล
- (6) ความผิดปกติในการเห็นภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
- (7) ภาวะตาบอดสีระดับรุนแรง หรือ ภาวะตาพร่องสีระดับรุนแรง
- (8) ความผิดปกติจากผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอด
- (9) อื่นๆ (ถ้ามี)
- (10) สรุปรูปร่างและข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ : (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) คำรับรองนี้เป็นผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น

ประทับ
ตรา