

## ใบรับรองแพทย์

### 1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว): .....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ): ..... 1 John Doe .....

เลขที่คนต่างด้าว A-0001 .....

เลขที่ Passport: ..... วัน/เดือน/ปี เกิด: 1990-01-01 ..... เมืองที่เกิด: .....

ประเทศ: ..... สัญชาติ: ..... อาชีพ: .....

ที่อยู่ปัจจุบัน: .....

โทรศัพท์: .....

### 2. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

ชื่อ-สกุลนายจ้าง/ชื่อสถานประกอบการ: .....

ที่อยู่: .....

โทรศัพท์: .....

### 3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

ตรวจที่: โรงพยาบาลกรุงสยามเซนต์คาร์ลอส .....

ที่อยู่: 5/84 หมู่ที่ 2 ถ. ดิวนนท์ ตำบล บ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี ปทุมธานี 12000 .....

ข้าพเจ้า: นพ.นพสิทธิ์ สุวรรณชวทัต ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่: ว.26386 .....

ได้ตรวจร่างกาย: ..... 1 John Doe .....

อายุ: 36 ปี ..... เมื่อวันที่(วัน/เดือน/ปี): 24-01-2026 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ .....

### 4. ผลการตรวจสุขภาพและรายการทดสอบ

ส่วนสูง: 180 ซม. น้ำหนัก: 80 กก. ความดันโลหิต: 120/80 มม.ปรอท ..... ชีพจร: 120/80 ครั้ง/นาที ..... สีผิว: ดำ .....

|                                                    |                                                  |                                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| สภาพร่างกาย จิตใจทั่วไป:                           | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ         | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ                                 |
| ผลตรวจโรคเรื้อรัง โดยแบบคัดกรอง:                   | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ         | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ                                 |
| กรณีพบความผิดปกติ Slit skin smear:                 | <input checked="" type="checkbox"/> ผลลบ         | <input type="checkbox"/> ผลบวก                                   |
| ผลการตรวจวัณโรค Chest X-ray for tuberculosis:      | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ         | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ                                 |
| กรณีพบความผิดปกติ Sputum smear for AFB:            | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ         | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ                                 |
| ผลการตรวจโรคเท้าช้าง:                              | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่พบ        | <input type="checkbox"/> พบ ระบุ                                 |
| ผลการตรวจสารเสพติด Methamphetamine:                | <input checked="" type="checkbox"/> ผลลบ         | <input type="checkbox"/> ผลบวก                                   |
| ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยแบบคัดกรอง: | <input checked="" type="checkbox"/> ปกติ         | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ                                 |
| ผลการตรวจโรคซิฟิลิส:                               | <input checked="" type="checkbox"/> ผลลบ         | <input type="checkbox"/> RPT <input type="checkbox"/> ผลบวก ระบุ |
| ผลการตรวจการตั้งครรภ์:                             | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ | <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์                               |

### 5. สรุปผลการตรวจสุขภาพ .....

- ☒ ผ่าน สภาพร่างกายและจิตใจ ปกติ
- ☒ ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่ต้องติดตามผลการตรวจยืนยันและให้การรักษา
- ☒ โรคเรื้อรัง ☒ วัณโรค ☒ โรคเท้าช้าง ☒ สารเสพติด ☒ พิษสุราเรื้อรัง ☒ โรคซิฟิลิส
- ☒ ไม่ผ่าน เนื่องจาก
- ☒ 3.1 สภาพร่างกายหรือจิตใจไม่ปกติ
- ☒ 3.2 เป็นโรคที่ไม่อนุญาตให้ทำงานและไม่ให้ประกันสุขภาพ (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข)
- ☒ 3.3 อื่น ๆ

ลงชื่อ

แพทย์ผู้ตรวจ

นพ.นพสิทธิ์ สุวรรณชวทัต .....

Signature:

Num အသံအသံ  
၁၇