

ใบรับรองแพทย์

1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว):
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ): 1 John Doe
เลขที่คนต่างด้าว A-0001
เลขที่ Passport: วัน/เดือน/ปี เกิด: 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 สุวรรณชิตต์ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่: ว.26386
ได้ตรวจร่างกาย: 1 John Doe
อายุ: 24-01-2026ปีเมื่อวันที่(วัน/เดือน/ปี): 24-01-2026โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4. ผลการตรวจสุขภาพและรายการทดสอบ

ผลการตรวจสุขภาพ:
General Status: ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ

5. สรุปผลการตรวจสุขภาพ

1 รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้รับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว):
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ): John Doe
Passport: -
Birth Date: 1990-01-01

Height: 180

Weight: 80

Blood Pressure: 120/80

Pulse: 80

Skin Color: ดำ

General Status: ปกติ

Leprosy: ปกติ

TB: ปกติ

Filariasis: ปกติ

Drug: ปกติ

Alcohol: ปกติ

Syphilis: ปกติ

Pregnancy: ไม่ตั้งครรภ์

Check Result: ผ่าน

Result Detail: ปกติ

Check Date: 24-01-2026

Doctor: ชื่อแพทย์

Signature:

สม งามกุล
17