

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:

โทร:

โทรศัพท์มือถือ:

2. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ

ชื่อ-สกุลนายจ้าง/ชื่อสถานประกอบการ:

ที่อยู่:

โทร:

โทรศัพท์มือถือ:

3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ

ตรวจที่: โรงพยาบาลกรุงสยามเซนต์คาร์ลอส

ที่อยู่: 5/84 หมู่ที่ 2 ถ. ดิวนนท์ ตำบล บ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี ปทุมธานี 12000 โทร.0-2975-6700 แฟกซ์ 0-2975-6737

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: 23-01-2026

Doctor: ชื่อแพทย์

Signature:

สม หนองกุล
17