

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 สุวรรณขวทัต ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่: ว.26386

ได้ตรวจร่างกาย: 1 John Doe

อายุ: 24-01-2026ปีเมื่อวันที่(วัน/เดือน/ปี): 24-01-2026โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4. ผลการตรวจสุขภาพและรายการทดสอบ

ผู้ตรวจ: นพ.นพสิทธิ์ สุวรรณขวทัต 24/1/2026

สภาพร่างกาย จิตใจทั่วไป:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลตรวจโรคเรื้อรัง โดยแบบคัดกรอง:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
กรณีพบความผิดปกติ Slit skin smear:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลการตรวจวัณโรค Chest X-ray for tuberculosis:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
กรณีพบความผิดปกติ Sputum smear for AFB:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลการตรวจโรคเท้าช้าง:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลการตรวจสารเสพติด Methamphetamine:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง โดยแบบคัดกรอง:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลการตรวจโรคซิฟิลิส:	☒ ปกติ	☐ ผิดปกติ
ผลการตรวจการตั้งครรภ์:	☒ ไม่ตั้งครรภ์	☐ 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

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

นพ.นพสิทธิ์ สุวรรณขวทัต

Signature:

Num 17