

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

ผู้ตรวจ: นพ.นพสิทธิ์ สุวรรณชิตต์ อายุ 42 ปี 180 ซม. โปรท

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

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:

สมชาย วงศ์กุล
17