

## ใบรับรองแพทย์

สถานพยาบาลที่ตรวจ.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... สถานที่ประกอบเวชกรรมหรือ  
สถานที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ที่.....  
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน  -     -      -   -

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....  
โทร..... เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

- น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
- ส่วนสูง..... เซนติเมตร
- ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท
- ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ).....

ซึ่งบุคคลดังกล่าว ขอรับการตรวจวินิจฉัยว่า ไม่เป็นโรคต้องห้ามมิให้รับรองเป็นหมอพื้นบ้าน ตามประกาศ  
คณะกรรมการหมอพื้นบ้าน เรื่องโรคต้องห้ามมิให้รับรองเป็นหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม  
พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม
- (๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๕) โรคติดยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง
- (๖) โรคอื่นซึ่งคณะกรรมการหมอพื้นบ้านพิจารณาเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการเป็นหมอพื้นบ้าน

โดยมีผลการตรวจและความเห็นของแพทย์ .....

.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย  
(.....)

หมายเหตุ : (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน  
นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๓) ให้ระบุนิยามตรวจพบอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ตาม (๖)

แบบใบรับรองแพทย์นี้ได้รับอนุมัติจากอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เมื่อวันที่ ๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๒