

ใบรับรองแพทย์ของสำนักงาน ป.ป.ช.

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน -

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ)

๒. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ)

๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ)

๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ

ลงชื่อ วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

(๑) สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

(๒) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ สถานพยาบาลชื่อ

ที่อยู่

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- ๑) วัณโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ
- ๒) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- ๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- ๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ๕) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการออกมาเด่นชัดหรือรุนแรง

(๓) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....
.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ (๑) ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น และใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๒) ต้องเป็นแพทย์ผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น