

ใบรับรองแพทย์

เลขที่.....

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน..... ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวในตำแหน่ง.....

กรมสรรพากร กระทรวงการคลัง โดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....2. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....3. เคยเข้ารับการรักษาในฐานผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

4. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....กรมสรรพากร.....(1) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
ที่ได้รับไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(2)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม. โปรท ซีฟจร.....ครั้ง/นาที

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

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ดังนี้

1) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

2) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

3) โรคพิษสุราเรื้อรัง

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

4) โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

5) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

โรคทางกาย

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

โรคทางจิต

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

.....

สรุปความเห็นของแพทย์..... (3)

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (4)

(.....)

หมายเหตุ

(1) ชื่อส่วนราชการ

(2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(4) ประทับตราสถานพยาบาลด้วย ทั้งนี้ สถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี, ศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร, โรงพยาบาลเอกชน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. กำหนด (ยกเว้น คลินิก)

(5) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย