

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.....

พอยู่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

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

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

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

๑) วัคซีนโรคในระยะแพร่กระจายเชื้อ

๒) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

๔) โรคพิษสุราเรื้อรัง

๕) โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการออกมาเด่นชัดหรือรุนแรง

(๓) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**หมายเหตุ** (๑) ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น และไปรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(๒) ต้องเป็นแพทย์ผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น