

เล่มที่.....



เลขที่.....

ใบรับรองแพทย์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง ⁽¹⁾ ตำแหน่ง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ได้ทำการตรวจร่างกาย
นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย).....
เมื่อ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้
วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรค และระยะของโรค).....

สรุปความเห็น (ควรหยุดงานกี่วัน-เพราะเหตุใด).....

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....
(.....)

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย