

ใบรับรองแพทย์

FR:KSH.๐๐๑/๕๔

เลขที่ HN 13334

เล่มที่.....

ส่วนที่ ๑ ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ทาร์ศักดิ์ คุ้มอินทร์
 สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) 106 หมู่ 9 ต.บึงนาราง อ.บึงนาราง จ.พิจิตร
 หมายเลขบัตรประชาชน 1460100099400 ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๒. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ นาง ทาร์ศักดิ์ คุ้มอินทร์ วันที่ ๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ ๒ ของแพทย์

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ วันที่ ๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๑).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ พญ.อรชิตา ไก่พริก ๖๖3672

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว ทาร์ศักดิ์ คุ้มอินทร์

แล้วเมื่อวันที่ ๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ๖๔ กก. ความสูง ๑๖๕ เซนติเมตร-ความดันโลหิต ๙๖/๖๒ มม.ปรอท-ชีพจร ๑๑๔ ครั้ง/นาที

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

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (๑) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ (๒) ปกติ ตรวจร่างกายปกติ 1 เดือน 1 ครั้ง

ในจึงสภา ปกติ



ลงชื่อ พญ.อรชิตา ไก่พริก ๖๖3672 แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 (๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๕๑ วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๑

Kalasin Hospital
Clinical Microscopy

Name : **ทรงศักดิ์ เหมสินธุ์(นาย)**
Ward : **OPD เจริญ(ชีก)**
Age : **36 Year(s) 0 Month(s)**

H.N. : **13334**
Lab No. : **2564/006-0895**
Request Date : **06/01/2021 10:15:00**

TEST NAME	RESULT	UNIT	FLAG	NORMAL RANGE
Amphetamine	: <u>Negative</u>		(Cut off 1,000 ng/ml)	

Positive หมายถึง การตรวจพบเมทแอมเฟตามีน หรือเมตาบอลิท์ มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 ng/ml

Negative หมายถึง ไม่พบสารเมทแอมเฟตามีน หรือเมตาบอลิท์ หรือน้อยกว่า 1,000 ng/ml

(การทดสอบนี้เป็นทดสอบเบื้องต้น ถ้าผลตรวจ Positive ควรส่งตรวจยืนยันด้วยวิธีมาตรฐานคือ เช่น TLC หรือ HPLC)

Reported by : _____
ทพญ. ขนิษฐา ผลชู ท.น.13025
Date 06/01/2021 10:45:00

Approved by : _____
ทพญ. ขนิษฐา ผลชู ท.น.13025
Date 06/01/2021 10:45:17

