ใบรับรองแพทย์ (สำหรับใบอนุญาตขับรถ)

 เล่มที่ ………………... เลขที่ …………………..

**ส่วนที่ 1**

 **ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.......................................................................................................................................................................................

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)...................... ......................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

 □-□□□□-□□□□□-□□-□

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว □ ไม่มี □ มี (ระบุ) .......................................................................

2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด □ ไม่มี □ มี (ระบุ) ......................................................................

3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล □ ไม่มี □ มี (ระบุ) .....................................................................

4. โรคลมชัก \* □ ไม่มี □ มี (ระบุ) ......................................................................

5. ประวัติอื่นที่สำคัญ □ ไม่มี □ มี (ระบุ) ......................................................................
*\* ในกรณีมีโรคลมชัก ให้แนบประวัติการรักษาจากแพทย์ผู้รักษาว่าท่านปลอดจากอาการชักมากกว่า 1 ปี เพื่ออนุญาตให้ขับรถได้*

 ลงชื่อ .............................................................. วันที่ .............. เดือน .............................. พ.ศ. ...............

**ส่วนที่ 2**

 **ของแพทย์**

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

(1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .............................................................................................................................................................................. 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 หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่
ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

2. วัณโรคในระยะอันตราย

3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

4. อื่น ๆ (ถ้ามี) ……………………………………………………………………………………………………………..…………......................

(2)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ ................................................................................................................................................................

 ลงชื่อ ...................................................................แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

**หมายเหตุ**  *(1)* ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

*(2)* ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น และใบรับรองแพทย์นี้ ใช้***สำหรับใบอนุญาตขับรถ***และปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถ

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2564 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564