**ใบรับรองแพทย์**

**ตรวจสุขภาพคนต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว**

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

**1. รายละเอียด/ประวัติส่วนตัวของผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ**

1) ชื่อ – สกุล (ภาษาไทย)..............................................................................................................................................................

ชื่อ – สกุล (ภาษาอังกฤษ)........................................................................................................................................................

เลขประจำตัวบุคคล..................................................................................................................................................................

เลขที่ Passport………………………………………………………………………………………………........................………………………………..

วันเดือนปีเกิด........................ เมืองที่เกิด...................... ประเทศ................... สัญชาติ............... อาชีพ...................................

2) ที่อยู่ปัจจุบัน อยู่บ้านเลขที่..........หมู่ที่........ตรอก................ซอย..................ถนน..........................ตำบล/แขวง........................

อำเภอ/เขต...........................จังหวัด.........................รหัสไปรษณีย์.................โทร..............................โทรมือถือ.......................

**2. ข้อมูลนายจ้าง/สถานประกอบการ**

ชื่อ – สกุล (นายจ้าง)........................................................................สถานประกอบการ..................................................................

อยู่บ้านเลขที่...............หมู่ที่..............ตรอก................ซอย........................ถนน...............................ตำบล/แขวง.............................

อำเภอ/เขต...........................จังหวัด.........................รหัสไปรษณีย์.................โทร..............................โทรมือถือ.............................

**3. ข้อมูลแพทย์ผู้ตรวจ**

นายแพทย์/แพทย์หญิง....................................................................................................................................................................

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.................................................สถานพยาบาลชื่อ........................................................

ที่อยู่................................................................................................................................................................................................

**ผลการตรวจสุขภาพ**

ส่วนสูง........ ซ.ม. น้ำหนัก........ก.ก. สีผิว.......................... ความดันโลหิต............................มม.ปรอท ชีพจร.............ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายจิตใจทั่วไป ................................................................................................................................................................

ผลการตรวจวัณโรค ปกติ 🞎 ผิดปกติ/ให้รักษา 🞎 ระยะอันตราย 🞎

ผลการตรวจโรคเรื้อน ปกติ 🞎 ผิดปกติ/ให้รักษา 🞎 ระยะติดต่อ/อาการเป็นที่รังเกียจ 🞎

ผลการตรวจโรคเท้าช้าง ปกติ 🞎 ผิดปกติ/ให้รักษา 🞎 อาการเป็นที่รังเกียจ 🞎

ผลการตรวจโรคซิฟิลิส ปกติ 🞎 ผิดปกติ/ให้รักษา 🞎 ระยะที่ 3 🞎

ผลการตรวจสารเสพติด ปกติ 🞎 พบสารเสพติด 🞎

ผลการตรวจอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง ปกติ 🞎 ปรากฏอาการ 🞎

ผลการตรวจการตั้งครรภ์ ไม่ตั้งครรภ์ 🞎 ตั้งครรภ์ 🞎

ผลการตรวจอื่น ๆ (ถ้ามี)..................................................................................................................................................................

**สรุปผลการตรวจ**

1) 🞎 สุขภาพสมบูรณ์ดี

2) 🞎 ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่ต้องให้การรักษา ควบคุม ติดตามอย่างต่อเนื่อง

🞎 วัณโรค 🞎 โรคเรื้อน 🞎 โรคเท้าช้าง 🞎 โรคซิฟิลิส

3) 🞎 ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพเนื่องจาก

เป็นโรคไม่อนุญาตให้ทำงาน และไม่ให้การประกันสุขภาพ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

**แพทย์ผู้ตรวจ**

(.................................................................)

**หมายเหตุ** ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้มีอายุ 60 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย ยกเว้น กรณีใช้สำหรับการประกันสุขภาพมีอายุ 1 ปี