



## ใบรับรองแพทย์

เพื่อการต่ออายุประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

### ส่วนที่ ๑ ส่วนของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

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

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- (๑) โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ).....
- (๒) ความผิดปกติทางการมองเห็น  ไม่มี  มี (ระบุ).....
- (๓) ความผิดปกติทางการได้ยิน  ไม่มี  มี (ระบุ).....
- (๔) ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### ส่วนที่ ๒ ส่วนของแพทย์ผู้รับรอง

โรงพยาบาลที่ตรวจ.....ที่อยู่.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
เลขที่.....ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

ความดันโลหิต .....มมปรอท  ปกติ  ผิดปกติ **ชีพจร**.....ครั้ง/นาที  ปกติ  ผิดปกติ

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

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และไม่ปรากฏ  
อาการและอาการแสดงของโรค อันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้

(๑) โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และต่อบุคคลรอบข้างหรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร

(๒) โรคไม่ติดต่อหรือภาวะผิดปกติที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้ป่วย และบุคคลรอบข้าง

(๓) ความพิการทางกาย

(๔) ความผิดปกติทางการได้ยินทั้งสองข้าง หรือการสูญเสียประสิทธิภาพการแยกแยะคำพูด

(๕) ความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว ต่ำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐

(๖) โรคหรือความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ และแพทย์ผู้ตรวจร่างกายเห็นว่า อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย ต่อบุคคลรอบข้าง

ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ(ให้ระบุในส่วนนี้).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ ๑ ผู้รับรอง จะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๒ ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ ให้ใช้ภายใน ๑ เดือน นับแต่วันที่เข้ารับการตรวจร่างกาย