

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 ๑ 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 และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. อื่น ๆ (ถ้ามี)

- (2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(3) คำรับรองนี้เป็นการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น และใบรับรองแพทย์นี้ ใช้สำหรับใบอนุญาตขับรถและปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถ แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 2/2564 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564