



มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตรด้วย)
ตรวจเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

- | | | | | |
|--------------------------|------|--------------------------|---------|---|
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | ผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | อาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | อาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | อาการของโรคเรื้อนในระยะติดต่อหรืออาการเป็นที่
รังเกียจแก่สังคม |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | วัณโรคในระยะอันตราย |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |

สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

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

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (2) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

A. PHYSICAL EXAMINATION

(to be filled in by physician)

HEIGHTcm BLOOD PRESSURE/.....mmHg
WEIGHTkg PULSE RATE/.....permin

	<u>Normal</u>	<u>Abnormal</u>	<u>Detected Abnormalities</u>
GENERAL APPEARANCE
SKIN
SUSPECTED LEPROSY LESION
RING WORM
SCALP
RING WORM
LYMPH NODES
INGUINAL LYMPH NODE
EYES
VISION WITH GLASSES
RIGHT EYE
LEFT EYE
COLOR BLINDNESS
TRACHOMA
EARS
OTOSCOPIC EXAM
NOSE
PHARYNX & TONSILS
TEETH
THYROID GLAND
LUNGS
HEART
BREASTS
ABDOMEN
LIVER/SPLEEN
HERNIA
VERTEBRAE
LOCOMOTOR/ SENSATION
REFLEXES
OTHERS

.....Examiner

B. LABORATORY EXAMINATION

1. BLOOD EXAMINATION

BLOOD GROUP
HEMOGLOBINGM %
HEMATOCRIT
BLOOD FILM
 MALARIANEGATIVEPOSITIVE
 MICROFILARIANEGATIVEPOSITIVE
(For clinical suspected case only)
WBC% CELLS/ cu.mm
PMN% EOS%
LYMPH% BASO%
MONO% OTHERS..... %

2. URINE/ URETHERAL EXAMINATION

URINALYSIS

COLOR ALBUMIN
SP GRAVITY BLOOD
pH BACTERIA
SUGAR OTHERS.....
MICROSCOPIC EXAM

3. BIOCHEMICAL ANALYSIS

BUN CHOLESTEROL.....
CREATININE THIGLYCERIDE.....
FBS

4. STOOL EXAMINATION

PARASITES
 E.HISTOLYTICANEGATIVEPOSITIVE
OTHERS

5. CHEST X-RAY

FINDINGS
.....

6. OTHER EXAMINATION

(SUGGESTED BY CLINICAL EXAM PHYSICIAN)
.....

PSYCHIATRIC EXAMINATION

(เฉพาะกรณีที่ต้องได้รับการตรวจจากจิตแพทย์)

D. MENTAL CONDITION

PLACE OF EXAMINATION.....

DATE OF EXAMINATION.....

PSYCHIATRIST'S NAME

PSYCHOLOGIST'S NAME

EXAMINEE'S NAME

1. PSYCHIATRIC EXAMINATION (interviewed by psychiatrist)

FINDING:
.....
.....

2. PSYCHOLOGICAL TESTING (administered and interpreted by psychologist)

NAME OF TESTS PERFORMED:
.....

FINDINGS:
.....
.....

My examination in mental condition revealed:

_____ normal

_____ abnormal as follows

_____ MENTAL DISORDER (S)

(PLEASE SPECIFY)

.....

.....

I here certify that the examinee is

_____ mentally ready to be a lecturer

_____ mentally not ready to be a lecturer

.....
Signature of Psychiatrist **Date**

.....
Signature of Psychologist **Date**