

เอกสารในการตรวจร่างกายของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....แพทย์ปริญา

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....สังกัด.....

ได้ทำการตรวจร่างกายของ.....

ปรากฏว่าไม่มีโรคดังต่อไปนี้

๑. วัณโรคระยะลุกลาม
๒. โรคมะเร็งหรือโรคเนื้องอกร้ายมีลักษณะอาการมากและปรากฏชัด
๓. โรคเรื้อนระยะลุกลาม
๔. โรคจิต หรือโรคจิตประสาท
๕. โรคหัวใจพิการ
๖. โรคความดันโลหิตสูงในระดับที่แพทย์เห็นว่าเป็นอันตราย
๗. โรคอื่น ๆ ซึ่งแพทย์เห็นว่าอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ

ตำแหน่ง.....

(ประทับตราโรงพยาบาล)

(ลงชื่อ).....ผู้รับการตรวจ

(.....)