

# โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

แบบฟอร์มที่ FR.MSO.001/63

## ใบรับรองแพทย์กรณีเจ็บป่วย

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

สถานที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 283 ถ.กาฬสินธุ์ ต.กาฬสินธุ์ อ.เมืองกาฬสินธุ์ จ.กาฬสินธุ์ 46000

หนังสือรับรองฉบับนี้ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจร่างกายของ นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... อายุ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....

บัตรประจำตัว อื่นๆ (ระบุประเภทบัตร)..... เลขที่.....

ณ สถานที่ตรวจ ( ) อาคารผู้ป่วยนอก ( ) อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ( ) ห้องผู้ป่วย

ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

จากการตรวจร่างกายของผู้มีเชื้อซ้างตันแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

สรุปการวินิจฉัยโรค ( ระบุชื่อโรค บริเวณที่เป็น และระยะของโรค )

ป่วยเป็นโรค.....

บริเวณที่เป็น.....

ระยะเวลาที่เป็นวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

สรุปความเห็น

( ) ผู้ป่วยมารับการตรวจจริง

( ) ผู้ป่วยควรหยุดพักผ่อน..... วัน ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

( ) ความเห็นอื่นๆ.....

ใบรับรองฉบับนี้ให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ..... (แพทย์ผู้ตรวจ)

( นพ. / พญ. .... )

ลงชื่อ..... (ผู้รับการตรวจ / ผู้ป่วย / ญาติผู้เกี่ยวข้อง)

(ลงชื่อ) .....

ผู้อนุมัติแบบฟอร์ม

(นายประมวล ไถงงามศิลป์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์