



ใบรับรองแพทย์

(สมัครเข้าศึกษาต่อ โรงเรียน ภ.ป.ร. ราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ประจำปีการศึกษา 2565)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย ด.ช.

เลขบัตรประชาชนเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจรครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าวไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> 2. โรคหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> 3. โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> 4. โรคไวรัสตับอักเสบ |
| <input type="checkbox"/> 5. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> 6. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง |

พบว่า ด.ช.

- ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น
- เป็นโรค.....อยู่ในระยะ.....
- อื่นๆ เช่น แพ้อาหาร ฯลฯ.....

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อระบบการอยู่ประจำของ โรงเรียน ภ.ป.ร. ราชวิทยาลัย ในพระบรมราชูปถัมภ์

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ จากสถานพยาบาลของรัฐ/เอกชน