

ใบรับรองแพทย์

เลขที่

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์..... อีเมล.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้าขอหนังสือรับรอง

สุขภาพเพื่อเข้ารับราชการในตำแหน่ง..... กรม

กระทรวง..... โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)๒. อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)๓. เคยเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

๔. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญ

ข้าพเจ้ายินยอมให้.....(๑) ตรวจสอบ เก็บรวบรวม ใช้ หรือ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ เพื่อประโยชน์ในการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ
พลเรือนสามัญ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง (๒)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ดังนี้

(๑) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๒) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๓) โรคพิษสุราเรื้อรัง

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๔) โรคติดต่อร้ายแรงที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

(๕) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

โรคทางกาย

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

โรคทางจิต

☐ ปรากฏ

☐ ไม่ปรากฏ

การตรวจพบ.....

.....

.....

เห็นควรส่งตรวจเพิ่มเติม.....

.....

.....

สรุปความเห็นของแพทย์(๓)

.....

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (๔)

(.....)

หมายเหตุ

(๑) ชื่อส่วนราชการ

(๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๓) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด

(๔) ประทับตราสถานพยาบาลด้วย

(๕) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

หนังสือให้ความยินยอมส่งผลการตรวจสุขภาพ

เขียนที่.....

วันที่.....

ตามที่ กรมสอบสวนคดีพิเศษ ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “ส่วนราชการ” ได้ส่งข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

อีเมล..... ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล” มาตรวจสุขภาพ นั้น เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตกลงยินยอมให้สถานพยาบาล.....

.....ส่งผลการตรวจสุขภาพตามใบรับรองแพทย์ที่ประกาศคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. กำหนด พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องให้แก่ส่วนราชการ เพื่อให้ส่วนราชการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ในการบรรจุ และแต่งตั้งเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญ เท่านั้น

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และทราบว่าเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลสามารถถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมายหรือสัญญาระหว่างเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล กับส่วนราชการ ที่ให้ประโยชน์แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่ ในกรณีที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลประสงค์ จะขอถอนความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือยื่นต่อส่วนราชการ ทั้งนี้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลทราบว่า การถอนความยินยอมในการให้สถานพยาบาลส่งผลการตรวจสุขภาพให้แก่ส่วนราชการ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะต้องนำผลการตรวจสุขภาพมายื่นให้แก่ส่วนราชการด้วยตนเองภายในระยะเวลาที่ส่วนราชการ กำหนด โดยหากไม่ยื่นภายในกำหนดเวลาดังกล่าว อาจมีผลต่อการบรรจุและแต่งตั้งเป็นข้าราชการ พลเรือนสามัญ และการถอนความยินยอมดังกล่าว ย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อผลการตรวจสุขภาพ ที่ได้ดำเนินการไปแล้วตามการให้ความยินยอมในครั้งนี้

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

()

หมายเหตุ “สถานพยาบาล” หมายถึง สถานพยาบาล ตามข้อ ๔ ของประกาศคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ซึ่งส่วนราชการ กำหนดให้ผู้ที่จะได้รับการบรรจุและแต่งตั้งฯ มาตรวจสุขภาพ