

# ใบรับรองแพทย์

วันที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ที่อยู่.....

แพทย์ผู้ตรวจชื่อ.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจ รักษา (นาย, นาง, นางสาว).....

เมื่อวันที่.....เวลา..... น. ถึงวันที่.....เวลา..... น.

อาการเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษา.....

ปรากฏว่าเป็นโรค.....

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและ/หรือเอ็กซเรย์  ไม่มี  มี ระบุ.....

การพ่นกินชีพ  ไม่มี  มี ระบุ.....

ตรวจวินิจฉัยพิเศษ  ไม่มี  มี

ถ้ามีระบุ 1. ....

2. ....

รักษาในห้อง ICU  ไม่มี  มี

ถ้ามีตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

ผ่าตัดใหญ่  ไม่มี  มี

ถ้ามีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด  ไม่เกิน 1 ชั่วโมง  ไม่เกิน 2 ชั่วโมง  เกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไป

CT SCAN หรือ MRI  ไม่มี  มี

ถ้ามี  ภายหลังการตรวจด้วย CT SCAN หรือ MRI แล้วมีการผ่าตัดสมองทันที หรือถึงแก่ความตาย

ภายหลังการตรวจ

เพื่อวินิจฉัยว่ามีเส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ระบุอาการ.....

ตรวจเพื่อการผ่าตัดกระดูกสันหลัง หรือไขสันหลัง

ส่งตัวคนไข้ไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น  ไม่มี  มี ระบุเหตุผล.....

ถ้ามี ส่งไปยังโรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....

ควรหยุดพักงาน..... วัน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)