

ใบรับรองแพทย์กรณีผู้ติดเชื้อโควิด 19

ส่วนที่ 1

ผู้ขอรับใบรับรองเป็นผู้กรอก

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นส./ดช./คณ.

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้)

ข้าพเจ้าขอให้การยืนยันประวัติดังนี้

1. ได้ทำการตรวจ ATK ด้วยตนเอง ที่สถานพยาบาลชื่อ
เมื่อวันที่ และมีผลเป็นบวก (ติดเชื้อ)

2. ได้รับการกักตัวแบบ Home Isolation (HI) Community isolation (CI) ที่
ภายใต้การดูแลของสถานพยาบาล (ระบุ) ระหว่างวันที่ ถึง รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา วัน

3. ประวัติอื่นที่สำคัญ
ลงชื่อ วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ (1) ในกรณีที่ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือลงนามรับรองด้วยตนเองได้ ให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมาย หรือ ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

(2) การให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ อาจได้รับโทษตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2

แพทย์เป็นผู้กรอก

สถานที่ตรวจ วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นพ./พญ. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่

ปฏิบัติงานภายใต้สถานพยาบาล (ระบุ) ขอรับรองว่า นาย/นาง/นส./ดช./คณ.

1. ได้เข้ารับการตรวจโรคโควิด 19 ด้วยวิธี

ATK โดยบุคลากรของสถานพยาบาล (ระบุ) RT-PCR Rapid PCR วิธีอื่น (ระบุ)
เมื่อวันที่ และปรากฏผลเป็นบวก

2. ณ วันที่มาเข้ารับการตรวจโรคดังกล่าว ผู้มาขอใบรับรองการตรวจ

ไม่มีอาการและไม่มีอาการแสดง (Asymptomatic) ของโรคโควิด 19

มีอาการหรืออาการแสดงของโรคโควิด 19 ดังนี้

ไข้ ไอ เจ็บคอ ตาแดง หายใจหอบเหนื่อย ค่า O2 Sato อยู่ที่ % ท้องเสีย น้ำมูก

ไม่ได้กลิ่น ไม่รับรส ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว อื่น ๆ (ระบุ)

3. ผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ)

แบบ ผู้ป่วยใน Home Isolation Community Isolation ระหว่างวันที่ ถึง รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา วัน

สรุปความเห็นของแพทย์ (ตัวเลือกใดไม่ต้องการยืนยัน ให้ขีดฆ่าทิ้ง)

ผู้มาขอใบรับรองทำการตรวจการติดเชื้อโดยวิธี ATK “ด้วยตนเอง”

ผู้มาขอใบรับรองได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ “ภายใต้สถานพยาบาล” และยืนยันได้ว่าการติดเชื้อโควิด 19 จริง

ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาไม่น้อยกว่า 14 วันนับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือวันที่มีการตรวจพบเชื้อ

ซึ่งตามแนวทางการรักษาของกรมการแพทย์ ถือว่าผู้ป่วยพ้นระยะการแพร่เชื้อแล้ว

(****ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีการใด ๆ เพื่อยืนยัน****)

อื่น ๆ

(Ver. 15.10.2021)

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ต้องออกภายใต้สถานพยาบาล (คลินิก / รัฐ/รพ. เอกชน) และต้องสามารถตรวจสอบย้อนหลังได้ (มีต้นข้าว / เวชระเบียนที่ตรวจสอบย้อนหลังได้ อย่างน้อย 5 ปี)