



เล่มที่

## ใบรับรองแพทย์

เลขที่

สถาบันบำราศนราดูร  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี  
โทร. 0-2951-1168-79

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

เป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้น 1

สาขาเวชกรรม ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ทำการซักประวัติ/ตรวจร่างกายของนาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประชาชน/H.N. ....เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

พบว่า เดินทางกลับจากประเทศ.....ในวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ไม่มีอาการป่วย  ไข้  ไอ  มีน้ำมูก  เจ็บคอ

อื่นๆ.....

### ความเห็นและการรับรองแพทย์

1. รับรองว่ามารับการรักษาที่ สถาบันนี้จริง
2. ยังไม่เข้าข่ายผู้ป่วยต้องสงสัยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
3. แนะนำให้สังเกตอาการป่วยอยู่ที่บ้าน/ที่พัก จนครบ 14 วัน ในวันที่..... นับจากวันที่กลับมาจากประเทศเสี่ยง โดยหลีกเลี่ยงการไปที่สาธารณะที่มีคนอยู่หนาแน่นโดยไม่จำเป็น งดใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น ให้สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น หมั่นล้างมือ หากภายใน 14 วัน มีไข้ร่วมกับ ไอ จาม หรือมีอาการมากขึ้น ให้รีบมาพบแพทย์

(ตามคำแนะนำของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย