

เล่มที่

84



เลขที่

4189

ใบรับรองการป่วย

สถานที่ตรวจ โรงพยาบาล

วันที่ 2 เดือน ๗ พ.ศ. 25 62

ข้าพเจ้า.....แพทย์ปริญญา

เป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม

หมายเลขทะเบียน.....ประจำโรงพยาบาล.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

ของ.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....แผนก.....

กรม.....กระทรวง.....

เมื่อวันที่ 2 เดือน ๗ พ.ศ. 2562 จังหวัด.....

แล้ว วินิจฉัยว่าเป็นโรค.....
โรคเรื้อรังชนิดที่ ๒

มีอาการ.....

มีความเห็นว่า.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

(ลงชื่อ).....ผู้รับการตรวจ

(.....)



FO-INP-00-026