

ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า _____

เป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม เลขที่ _____

ขณะนี้ประกอบอาชีพอยู่ที่ _____

ขอรับรองว่า ค.ช / ค.ญ. _____

มีร่างกายสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อใดๆ เห็นสมควรให้เข้าเรียนได้ พร้อมทั้งได้รับการป้องกันโรคต่างๆ ดังต่อไปนี้

(กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าวัคซีนที่เด็กได้รับการป้องกันแล้ว)

- _____ วัคซีนป้องกันวัณโรค (บีซีจี)
- _____ วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3 ครั้ง
- _____ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก จำนวน 3 ครั้ง
- _____ วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ จำนวน 3 ครั้ง
- _____ วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ กระตุ้นครั้งที่ 1 (ประมาณอายุ 18 เดือน)
- _____ วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ กระตุ้นครั้งที่ 2 (ประมาณอายุ 4-6 ปี)
- _____ วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม เข็มแรก (ประมาณอายุ 9-12 เดือน)
- _____ วัคซีนป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม กระตุ้นครั้งที่ 1 (ประมาณอายุ 4-6 ปี)
- _____ วัคซีนป้องกันโรคไข้วสมองอักเสบจากเชื้อ เจ อี ครั้งที่ 1
- _____ วัคซีนป้องกันโรคไข้วสมองอักเสบจากเชื้อ เจ อี กระตุ้นครั้งที่ 2
- _____ วัคซีนป้องกันโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อฮิบ จำนวน 3 ครั้ง
- _____ วัคซีนป้องกันโรคสุกใส
- _____ วัคซีนป้องกันโรคไวรัสอักเสบเอ จำนวน 2 ครั้ง
- _____ วัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์
- _____ วัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่

หมายเหตุ : _____

(อนึ่ง ทางโรงเรียนเข้าใจดีว่าวัคซีนบางอย่าง นักเรียนอาจจะยังไม่ได้รับการป้องกัน เพราะอายุยังไม่ถึงวัยอันควร โรงเรียนเพียงต้องการทราบรายละเอียดไว้เป็นข้อมูลเท่านั้น)

โรคประจำตัวของเด็ก คือ _____

เด็กมีประวัติแพ้พิษ คือ _____

เด็กมีประวัติแพ้ยา คือ _____

เด็กมีประวัติแพ้อาหาร คือ _____

เด็กเคยมีประวัติเป็น โรคร้ายแรง คือ _____

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็กที่ทางโรงเรียนควรได้รับทราบ

เด็กมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันในด้าน _____

หมายเหตุ : _____

ลงนามแพทย์ผู้รับรอง _____

วันที่ _____