**ใบรับรองแพทย์**

**โรงพยาบาล..........................................................**

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 หน่วยบริการนี้จริง

2. ยังไม่เข้าข่ายผู้ป่วยต้องสงสัยโรคไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19)

3. แนะนำให้สังเกตอาการป่วยอยู่ที่บ้าน/ที่พัก จนครบ 14 วัน ในวันที่......................................นับจาก

วันที่กลับมาจากประเทศเสี่ยง โดยหลีกเลี่ยงการไปที่สาธารณะที่มีคนอยู่หนาแน่นโดยไม่จำเป็น งดใช้  
 ของใช้ร่วมกับผู้อื่น ให้สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น หมั่นล้างมือ หากภายใน 14 วัน มีไข้  
 ร่วมกับไอ จาม หรือมีอาการมากขึ้น ให้รีบมาพบแพทย์  
 (ตามคำแนะนำของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข)

ลงชื่อ............................................แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย