



Medical Clearance for Visitors

Please answer the questions by checking the correct box.

(กรุณาตอบแบบสอบถามด้วยการใส่เครื่องหมายในช่องที่ถูกต้อง)

Name (ชื่อ-สกุล)	Sex (เพศ):	Age (อายุ):
Offshore Location Name: (ชื่อสถานที่ที่จะไป)	Date of visit: From	To
Task assignment for the visit: (งานที่ได้รับมอบหมายในการเดินทางครั้งนี้)	Department(แผนก):	
Tel No.(หมายเลข โทรศัพท์)	E-mail:	
1) Do you have any of the followings? (คุณมีสภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่)	Yes/No	If yes, please provide details (รายละเอียด)
▪ Current infection in any organs (โรคติดเชื้อในส่วใดส่วหนึ่งของร่างกาย)		
▪ Significant hearing or visual impairment (ปัญหาด้านสายตา หรือการได้ยิน)		
▪ Impairment of mobility (ปัญหาทางการเคลื่อนไหว)		
▪ Fear of flying or confined spaces (กลัวการบิน หรือที่แคบ)		
▪ Insulin dependent diabetes (โรคเบาหวานที่ต้องใช้อินซูลิน)		
▪ Epilepsy/fainting or loss of consciousness (โรคลมชักเป็นลม หรือหมดสติ)		
▪ History of heart or circulatory problems (ประวัติโรคหัวใจ หรือโรกระบบไหลเวียนเลือด)		
▪ Asthma (โรคหอบหืด)		
▪ Current peptic ulcer disease (โรคแผลในกระเพาะอาหารที่ยังรักษาไม่หายขาด)		
▪ Recent major surgery (within 6 weeks) การผ่าตัดใหญ่ใน 6 เดือนที่ผ่านมา		
▪ Pregnancy (ตั้งครรภ์)		
2) Do you have any personal illness which requires regular medications? คุณมีโรคประจำตัวที่จำเป็นต้องใช้ยาเป็นประจำหรือไม่ If yes, Please list below the names of the medicine and how they are taken: ถ้าใช่ กรุณาเขียนชื่อยา และวิธีรับประทานลงในช่องว่างด้านล่าง 1. 2. 3. 4. Please take note that you must bring at least 5 days more of medical supply for your stay. คุณต้องนำยาที่ใช้ประจำติดตัวให้มากกว่าที่จำเป็นต้องใช้จริงอย่างน้อย 5 วัน		



Medical Clearance for Visitors

I certify that the above information is true.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ด้านบนเป็นความจริง

Signature _____

()

Date _____

For Medical Officer Use:

I declare that _____ is

- Temporary fit to travel off shore as short term visitor.
- Temporary unfit to travel off shore pending for further evaluation.
- Full medical check -up is required for Fitness to work off shore.

Signature _____

()

Date _____