



ใบรับรองแพทย์สำหรับการปฏิบัติงานในพื้นที่อับอากาศ  
MEDICAL CERTIFICATE FOR WORKING IN CONFINED SPACE

วันที่ (Date) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า (I) \_\_\_\_\_ แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาอาชีพเวชศาสตร์(Occupational medicine specialist)

ประจำโรงพยาบาล (in the hospital) \_\_\_\_\_ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่ (Medical License No.) \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่า นาย, นาง, นางสาว (certified that Mr., Mrs., Ms.) \_\_\_\_\_ อายุ (age) \_\_\_\_\_

ได้เข้ารับการตรวจโรค (had medical examination on) เมื่อวันที่ (date) \_\_\_\_\_ เดือน (month) \_\_\_\_\_ พ.ศ.(year) \_\_\_\_\_

โดยมีประวัติ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้ (Medical history, physical examination and laboratory results are as following ;)

1. น้ำหนักตัว (Body weight) \_\_\_\_\_ kg. ความสูง (Height) \_\_\_\_\_ cm. ดัชนีมวลกาย (BMI) \_\_\_\_\_ kg./m<sup>2</sup>
2. ความดันโลหิต (Blood pressure) \_\_\_\_\_ mmHg ชีพจร (Pulse) \_\_\_\_\_ /min (Regular pulse / Irregular pulse)
3. การตรวจร่างกายทั่วไป (General physical examination) \_\_\_\_\_
4. โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในอดีต และประวัติการใช้ยาประจำ (Underlying disease / Past medical history) \_\_\_\_\_
5. ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (Smoking history) \_\_\_\_\_
6. ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest X Ray) ( ) Normal ( ) Abnormal \_\_\_\_\_
7. ผลทดสอบสมรรถภาพปอด (Spirometry) ( ) Normal ( ) Abnormal \_\_\_\_\_
8. การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) ( ) Normal ( ) Abnormal \_\_\_\_\_
9. ความสมบูรณ์เม็ดเลือด (Complete blood count) ( ) Normal ( ) Abnormal \_\_\_\_\_
10. สมรรถการมองเห็นระยะไกล (Far vision test: Visual Acuity; VA) Right eye \_\_\_\_\_ Left eye \_\_\_\_\_
11. ผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (Audiometry) ( ) Normal ( ) Abnormal \_\_\_\_\_

ปรากฏว่า (It is to declared that he/she)

- ( ) ไม่เป็นผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือโรคอื่น ซึ่งแพทย์เห็นว่าการเข้าไปในที่อับอากาศอาจเป็นอันตรายต่อบุคคลดังกล่าว  
(Does not have respiratory diseases, heart diseases or other diseases that could be harmful when working in confined space)
- ( ) เป็นโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ โรคหัวใจ หรือโรคอื่นซึ่งแพทย์เห็นว่าการเข้าไปในที่อับอากาศอาจเป็นอันตรายต่อบุคคลดังกล่าว  
(Does have conditions related to respiratory diseases, heart diseases or other diseases that could be harmful when working in confined space) โปรดระบุ (Please provide detail) \_\_\_\_\_

โดยแพทย์มีความเห็นสรุปว่า Conclusion:

- ( ) สามารถทำงานในที่อับอากาศได้ (Fit to work in confined space)
- ( ) ไม่สามารถทำงานในที่อับอากาศได้ (Unfit to work in confined space)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_

แพทย์อาชีวอนามัย ผู้ตรวจ (Occupational Medicine Specialist)

หมายเหตุ

ใบรับรองแพทย์นี้มีอายุไม่เกินหนึ่งปี นับจากวันที่ตรวจ\* (Medical certificate is valid for one year from the examination date\*)