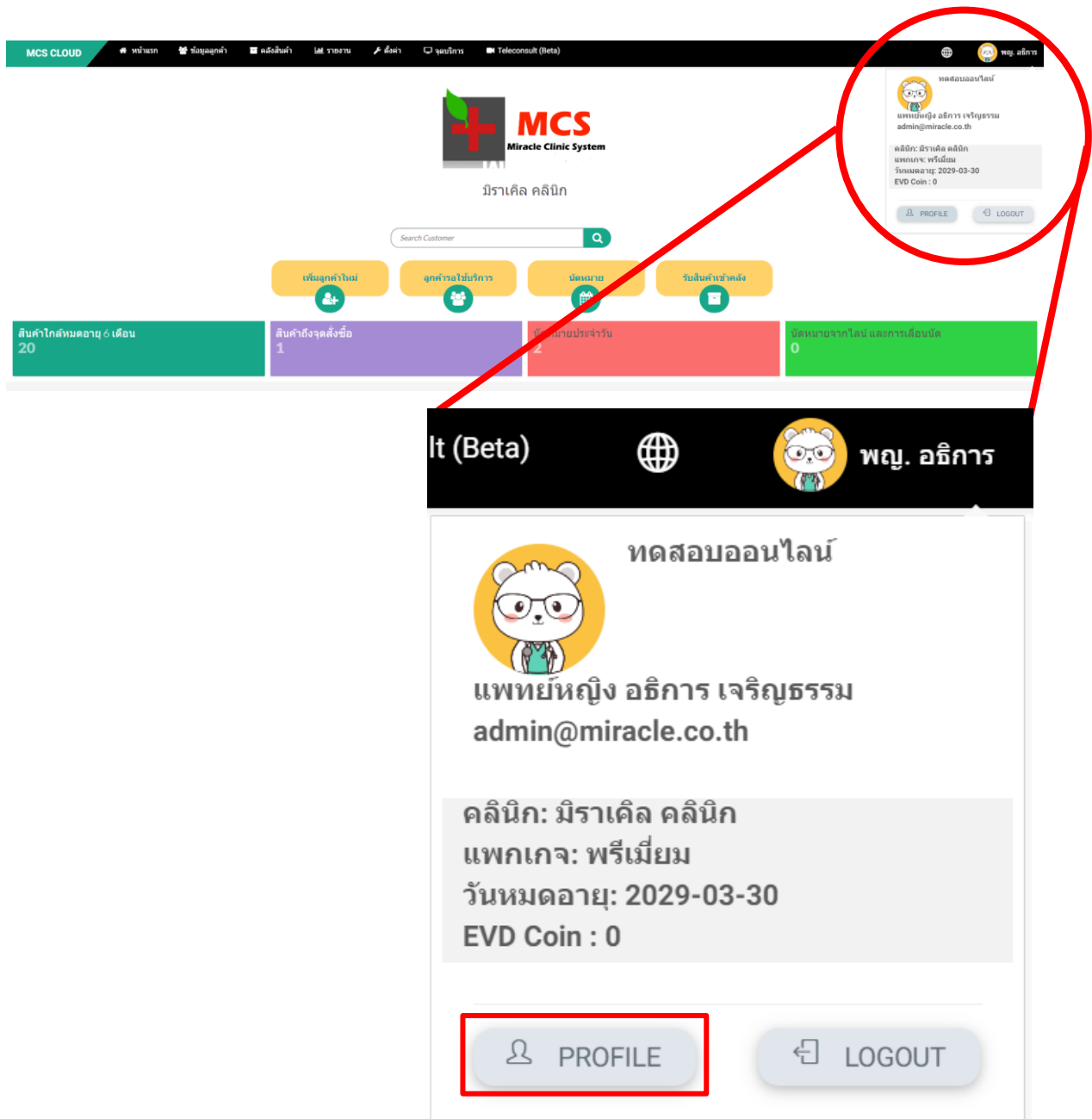


การใส่ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ในใบรับรองแพทย์ และ OPD Card

- 1.การเพิ่มรายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ทำการกดที่รูปหมี่มูมขวาวบน 1 ครั้งจะขึ้นแถบดังภาพให้ทำการกดที่ปุ่ม PROFILE



2.จะขึ้นหน้าต่างดังภาพ

📄 ข้อมูลโปรไฟล์

Username	ชื่อ	นามสกุล	เบอร์โทรศัพท์	Email
admin@miracle.co.th	แพทยหญิง อธิการ	เจริญธรรม		admin@miracle.co.th

Electronic Signature

✎ เปลี่ยนรหัสผ่าน

📄 บันทึก ลายเซ็น

✎ ลบลายเซ็น

2.1 ให้ทำการเซ็นรายละเอียดของลายเซ็นลงไปที่ช่อง Electronic Signature >
บันทึก ลายเซ็น เป็นอันเรียบร้อย

Electronic Signature

✎ เปลี่ยนรหัสผ่าน

📄 บันทึก ลายเซ็น

✎ ลบลายเซ็น

สามารถทำการพิมพ์ใบรับรองแพทย์และ OPD Card ได้จากห้องตรวจและหน้าชำระ
เงินได้เลย หลังจากกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบหัวข้อลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ให้
เลือก โขว์ ลายเซ็นจะปรากฏให้ที่บนหน้ากระดาษ

รายละเอียดใบรับรองแพทย์ 5 โรค

เลือกชื่อ	แพทย์หญิง อธิการ (ID-435)
เลขที่ใบอนุญาต	00000000
วันที่	07/10/2022
โรคประจำตัว	☐ ไม่มี ☐ มี
อุบัติเหตุและบาดแผล	☐ ไม่มี ☐ มี
เคยเข้ารับการรักษาใน รพ.	☐ ไม่มี ☐ มี
ประวัติแพ้ยาสำคัญ	☐ ไม่มี ☐ มี
ผลการกายวิภาคอยู่ในเกณฑ์	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
อื่นๆ	ทดสอบ
สรุปจากบันทึกแพทย์	ทดสอบ

ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ☐ ไม่โขว์ ☒ โขว์

ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ ☐ ไม่โขว์ ☒ โขว์

ตัวอย่างใบรับรองแพทย์ที่มีลายเซ็น



ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นก ฉันทโชคนิมิตร

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) _____

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน _____

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| 1. โรคประจำตัว | ☒ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) _____ |
| 2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด | ☒ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) _____ |
| 3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | ☒ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ) _____ |
| 4. ประวัติอื่นที่สำคัญ | _____ | |

ลงชื่อ _____

วันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565

ส่วนที่ 2 ส่วนของแพทย์

สถานที่ตรวจ มีราชภัฏ คลินิก

ข้าพเจ้า แพทย์หญิง อธิกร เจริญธรรม

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 000000000

ที่อยู่ 989 ชั้น 2 อาคารอุทยานวิทยาศาสตร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

ได้ทำการตรวจร่างกาย นก ฉันทโชคนิมิตร

เมื่อวันที่ _____ วันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนัก(กก.) 45 ความสูง(ซม.) 160 ความดันโลหิต(มม.ปรอท) 4 ชีพจร(ครั้ง/นาที) 2

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☒ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ) _____

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส โทนี และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้:

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคทางร่างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) อื่น ๆ (ถ้ามี) ทดสอบ _____

สรุปความเห็นข้อแนะนำของแพทย์ : ทดสอบ _____

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(แพทย์หญิง อธิกร เจริญธรรม)