



ใบรับรองแพทย์ (ล้าหน้า 4)

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์สมัครสมาชิก กสธท. ล้าหน้า 4

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขประจำตัวประชาชน ข้าพเจ้ามีประวัติสุขภาพ ดังนี้

โรคตามข้อ (3.1) – (3.10) ในส่วนที่ 2 ของแพทย์ ไม่มี มี (ระบุ).....

โรคประจำตัวอื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ตรวจร่างกายและสอบถามประวัติ นาย/นาง/นางสาว.....แล้ว มีรายละเอียดดังนี้

(1) ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

(2) ไม่มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบ

(3) ประวัติการรักษาโรคต่อไปนี้ ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

(3.1) โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.2) โรคหัวใจ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.3) โรควัณโรค ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.4) โรคปอดเรื้อรัง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.5) โรคเบาหวานขั้นรุนแรง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.6) ภาวะไตวาย (ล้างไต) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.7) โรคเอดส์ ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.8) โรคตับแข็ง ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.9) โรคเอสแอลอี (SLE) ไม่มี มี (ระบุ).....

(3.10) โรคร้ายแรงอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย ตามประกาศแนบท้ายของ กสธท. 2

ไม่มี มี (ระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
(2) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(3) หากพบว่า เป็นโรค ตาม ข้อ (3) กสธท. จะไม่รับเป็นสมาชิก
(4) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่ กสธท. กำหนดนี้เท่านั้นเพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก กสธท. เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป



ประกาศกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง กำหนดโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย

เพื่อให้การดำเนินงานของ กสทท. และศูนย์ประสานงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพ โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 5/2566 วันเสาร์ ที่ 27 พฤษภาคม 2566 มีมติเห็นชอบ ประกาศโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตราย และปรับปรุงแบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ กสทท. ซึ่งเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 เป็นต้นไป โดยให้ศูนย์ประสานงานถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของ กสทท. และศูนย์ประสานงานมีความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ดังนั้น กสทท. จึงขอความร่วมมือให้ศูนย์ประสานงานทำการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิก กสทท. ได้รับทราบและใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มที่ กสทท. กำหนดเท่านั้น โดยสามารถดาวน์โหลดใบรับรองแพทย์ กสทท. ลานที่ 2 กสทท. ลานที่ 3 และ กสทท. ลานที่ 4 ได้ที่ www.matpf.com และการรับสมัครสมาชิก กสทท. ไม่รับสมัครผู้ที่ป่วยเป็นโรค 9 โรค ตามที่ระบุใบรับรองแพทย์ ดังนี้

1. โรคมะเร็ง
2. โรคหัวใจ
3. โรควัณโรค
4. โรคปอดเรื้อรัง
5. โรคเบาหวานขั้นรุนแรง
6. ภาวะไตวาย (ล้างไต)
7. โรคเอดส์
8. โรคตับแข็ง
9. โรคเอสแอลอี (SLE)

และโรคประจำตัวร้ายแรงอื่น ๆ 20 โรค ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายตามประกาศของ กสทท. ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้
2. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer)
3. โรคสมองเสื่อม (Dementia)
4. โรคหลอดเลือดโป่งพอง (Aneurysm)
5. โรคเส้นเลือดขดในสมอง (Cerebral AVM)

อนึ่ง ในกรณีที่ กสธท. ตรวจสอบภายหลังจากการอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว พบว่าผู้สมัครหรือสมาชิกทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตไปแล้ว “มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง” หรือมีประวัติการรักษาด้วยโรคตามที่ระบุไว้ในใบรับรองแพทย์หรือโรคอื่นๆ ที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายมาก่อนการสมัคร กสธท. จะถือว่าผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้น ขาดคุณสมบัติตามระเบียบ กสธท. พ.ศ. 2566 ข้อ 9.3 และข้อ 11 (7) ซึ่งจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะตั้งแต่วันรับสมัครทันที ทั้งนี้ ผู้สมัครหรือสมาชิกรายนั้นจะไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัว หรือเงินสินไหมไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

ประกาศ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เป็นต้นไป



(ดร.มะณู บุญศรีเมธีชัย)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

6. โรคซึมเศร้า (Depressive disorder)
 7. โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ในรายที่ตรวจพบค่า TSH สูง
 8. โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) ชนิดเมเจอร์ (Major) แต่ค่าฮีโมโกลบิน (Hb) ไม่ต่ำกว่า 100 กรัม/ลิตร
 9. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีความดันโลหิตสูง (Systolic pressure) สูงกว่า 180 มม.ปรอท หรือ (Diastolic pressure) สูงกว่า 110 มม.ปรอท
 10. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ที่น้ำตาลกลูโคสในเลือด (HbA1c) มากกว่า 8% และค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) มากกว่า 180 mg/dl
 11. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B virus, HBV) ที่มีการตรวจพบไวรัสด้วยวิธี PCR
 12. โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C virus, HCV) ที่มีการตรวจพบไวรัสด้วยวิธี PCR
 13. โรคไขมันพอกตับ (Fatty liver disease) ที่มีการตรวจพบไขมันด้วยวิธีอัลตราซาวด์ 2 เท่าขึ้นไป
 14. โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia)
 15. โรคลมชัก (Epilepsy) ที่มีการชักในระยะเวลา 1 ปีล่าสุด
 16. โรคผิวหนังแข็ง (Scleroderma)
 17. โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) ระยะที่ 4 ขึ้นไป
 18. โรคฮีโมฟีเลีย (Hemophilia)
 19. โรคอ้วน (Obesity) ที่วัดดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 35 ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง
 20. โรคเกล็ดเลือดต่ำจากภูมิคุ้มกัน (Immune thrombocytopenic : ITP)
- หนังสือพิมพ์ สถานงานพิมพ์ในใจในการตีพิมพ์ของแพทย์ของประเทศไทยจะตีพิมพ์ประวัติทางการแพทย์ 1 - 9 และโรคประจำตัวผู้ป่วยอื่น ๆ 20 โรค ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในโรงพยาบาลของแพทย์ พยาบาลทางคลินิกของทางกลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสุขภาพ โดย กสท. ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของ กสท. 2 และที่ปรึกษาของ กสท. และเป็นผู้อำนวยการฝ่ายบริหารสุขภาพ กสท. ที่รับผิดชอบ



ก๊อปปี้และใส่ในกรอกรายชื่อของศูนย์คุ้มครองสุขภาพประชาชน (ส่วนที่ 4)

หน้า 2

ชื่อพื้นที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ชื่อหน่วยงาน/นางสาว.....
เลขประจำตัวประชาชน.....
ชื่อผู้รับข้อมูลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลคุ้มครองสุขภาพประชาชน ดังนี้

- 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- 2. ไม่เป็นไข้ มีอาการป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- 3. ไม่สัมผัสกับผู้อื่น ไม่สัมผัสกับ

4. ประวัติการรับวัคซีน

- (4.1) วัคซีนเร่ง ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.2) วัคซีนไข ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.3) วัคซีนโรค ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.4) วัคซีนป้องกัน ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.5) วัคซีนป้องกัน ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.6) วัคซีนป้องกัน ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.7) วัคซีน ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.8) วัคซีน ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.9) วัคซีน (SLE) ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....
- (4.10) วัคซีน ใช่ ไม่ใช่ (ระบุ).....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่ได้รับในใบประเมินการปฏิบัติงานคุ้มครองสุขภาพประชาชน (ส่วนที่ 4) นี้เป็นความจริงที่ปรากฏแก่ข้าพเจ้าและข้าพเจ้าขอรับรองว่า
ในการที่จะรับแจ้งประวัติการรับวัคซีนของข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้าจะไม่เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่บุคคลอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต
เป็นสิทธิในการสงวนประวัติการรับวัคซีนของข้าพเจ้าและผู้เกี่ยวข้องไว้เป็นข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเปิดเผย
ประวัติการปฏิบัติงานคุ้มครองสุขภาพประชาชนของข้าพเจ้าโดยสมัครใจ
ข้าพเจ้ายืนยันขอเปิดเผยประวัติการปฏิบัติงานคุ้มครองสุขภาพประชาชนของข้าพเจ้าโดยสมัครใจ
จากสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
ชื่อ.....
ตำแหน่ง.....