ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
เรื่อง การตรวจสุขภาพร่างกายของพนักงานมหาวิทยาลัย

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๗ (๑) และข้อ ๘ (ข) (๒) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ว่าด้วยการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๖ หนังสือสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ที่ ศธ ๐๕๐๙.๖ (๑.๗)/ว ๙๔๓ ลงวันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๕๑ และมติคณะกรรมการบริหารงานบุคคลประจำมหาวิทยาลัย ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๕๖ เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๖ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีจึงกำหนดการตรวจสุขภาพร่างการของพนักงานมหาวิทยาลัย ไว้ดังนี้

๑. ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๖ เป็นต้นไป

๒. ผู้ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยจะต้องผ่านการตรวจสุขภาพร่างกาย ตามแบบใบรับรองแพทย์แนบท้ายประกาศฉบับนี้

ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพร่างกายไม่ปกติให้ถือว่าเป็นผู้มีลักษณะต้องห้ามของการเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประโยชน์ คุปต์กาญจนากุล)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ใบรับรองแพทย์

เล่มที่..... เลขที่.....

ส่วนที่ 1 ของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

หมายเลขบัตรประชาชน.....ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....

2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ) .....

3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....

4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

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

ในกรณีเด็กที่ไม่สามารถรับรองตนเองได้ให้ผู้ปกครองลงนามรับรองแทนได้

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

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

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(๑)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก.ความสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการ แสดงของโรคต่อไปนี้

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) (ถ้าจำเป็นต้องตรวจหาโรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจให้ระบุข้อนี้)

.....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....(๒)

.....

.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ (๑) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย

แบบฟอร์มนี้ได้รับการรับรองจากมติคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 8/2551 วันที่ 14สิงหาคม 2551