



DEPARTMENT OF CIVIL AVIATION

คำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์  
Application for Medical Certificate

Form DOA-AME 001 (Nov./2000)

ติดรูปถ่าย 1" x 1"  
1" photo here  
เฉพาะการตรวจครั้งแรก  
(For 1<sup>st</sup> application only)

## คำแนะนำ

## Recommendation

- 1) ให้กรอกข้อความก.อังกฤษหรือทั้งไทยและอังกฤษ (fill in English or both Thai and English)
- 2) สำหรับข้อ 11 นั้น ผู้ที่มีใช้นักบิน ให้ใส่จำนวนของประสบการณ์เป็นปี ในช่องชั่วโมงบิน  
(Item 11, those who are not flight crews shall put years of working experiences in the total flying time)
- 3) ข้อ 12 เฉพาะนักบินเท่านั้น (Item 12 for flight crew only)

1.	สถานที่ตรวจ (Place of examination) _____
2.	ชื่อนามสกุล _____ สัญชาติ _____ เพศ (sex) <input type="checkbox"/> ชาย (Male) Name in full _____ Nationality _____ <input type="checkbox"/> หญิง (Female)
3.	วัน เดือน ปี เกิด _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน Date of Birth _____ Age _____ Yrs. _____ Mos. สถานภาพการสมรส (Marital status) <input type="checkbox"/> โสด (Single) <input type="checkbox"/> สมรส (Married) <input type="checkbox"/> หย่า (Divorced) <input type="checkbox"/> แยกทาง (Separated) <input type="checkbox"/> ม่าย (Widowed)
4.	ประเภทใบอนุญาตที่ขอ (Type of license applied for) <input type="checkbox"/> ครั้งแรก (Initial) <input type="checkbox"/> ต่ออายุ (Renew) <input type="checkbox"/> นักบินพาณิชย์เอก (ATPL) <input type="checkbox"/> นักบินส่วนบุคคล (PPL) <input type="checkbox"/> พนักงานควบคุมจราจรทางอากาศ (ATC) <input type="checkbox"/> นักบินพาณิชย์ตรี (CPL) <input type="checkbox"/> นายช่างประจำอากาศยาน (FE) <input type="checkbox"/> นักบินศิษย์การบิน (Student Pilot) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ (Other specify) _____ เลขที่ใบอนุญาต (License No.) _____
5.	ที่อยู่ _____ โทร _____ Residence address in Thailand _____ Tel _____
6.	อาชีพ _____ สังกัด _____ Occupation _____ Company _____
7.	สถานที่ทำงาน _____ โทร _____ Company address _____ Tel _____
8.	สถานที่ติดต่อที่สะดวก (Contact address) <input type="checkbox"/> บ้าน (Residence) <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน (Company) ผู้รับแจ้งกรณีฉุกเฉิน (Contact person in case of emergency) _____ โทร (Tel) _____
9.	ท่านได้รับการตรวจสุขภาพด้านเวชศาสตร์การบินครั้งสุดท้ายเมื่อไร? (Have you previously been examined for aviation duties?) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) - ถ้าเคย ระบุที่ตรวจ/วันที่ (If Yes, where and when) _____ ผลการตรวจ (Were you declared?) <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ (Fit) <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ (Unfit)
10.	ท่านเคยได้รับการผ่อนผันด้านสุขภาพในการออกใบสำคัญแพทย์หรือไม่ (Has a "medical waiver" ever been issued to you?) <input type="checkbox"/> ไม่เคย (No) <input type="checkbox"/> เคย (Yes) - ถ้าเคย ระบุหมายเลขผ่อนผัน (If Yes, specify No. of waiver) _____
11.	ชั่วโมงบินรวม (Total flying time) _____ หกเดือนก่อนหน้า (Last six months) _____
12.	ปัจจุบันทำการบินกับอากาศยานแบบ (Aircraft presently flown) _____ <input type="checkbox"/> เครื่องบินกังหันไอพ่น (Jet) <input type="checkbox"/> เครื่องบินกังหันใบพัด (Turbo prop) <input type="checkbox"/> เฮลิคอปเตอร์ (Helicopter) <input type="checkbox"/> เครื่องบินลูกสูบ (Piston engine) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (Other) _____ - สถานภาพการบินในปัจจุบัน (Present flying status) <input type="checkbox"/> บินเดี่ยว (Single-pilot) <input type="checkbox"/> บินคู่ (Multi-pilot)

13.	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่? ( Do you smoke tobacco? ) <input type="checkbox"/> ไม่เคย ( Never ) <input type="checkbox"/> เลิกแล้วตั้งแต่ ( Stopped since ) _____ <input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) – ระบุชนิดของยาสูบและจำนวนที่สูบต่อวัน ( State type and amount ) _____
14.	ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? ( Do you currently use any medication ? ) <input type="checkbox"/> ไม่ (No) <input type="checkbox"/> ใช่ ( Yes ) – ระบุชื่อยา จำนวน วันที่เริ่มใช้ เหตุผล ( State drug, dose, date started and why ) _____
15.	ใน 1 สัปดาห์ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณกี่แก้ว ( Alcohol – state average weekly intake ) _____
16.	ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 20 นาทีหรือมากกว่า ( Undertaken exercise for at least 3 times per week for 20 minutes or more ) <input type="checkbox"/> ใช่ ( Yes ) <input type="checkbox"/> ไม่ ( No )

<b>ประวัติทางการแพทย์ ( Medical History )</b>		
ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือมีอาการของโรคต่อไปนี้หรือไม่? ( ถ้าตอบ เป็น ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุ ) Have you ever had or have you now any of the following : ( elaborate yes answers under remarks )	เป็น Yes	ไม่เป็น No
17. ปวดศีรษะอย่างรุนแรงหรือบ่อยครั้ง - Frequent or severe headaches		
18. เวียนศีรษะหรือเป็นลม - Dizziness or fainting spells		
19. หมคสติด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม - Unconsciousness for any reason		
20. ปัญหาทางตาที่ไม่เกี่ยวกับสายตา - Eye trouble except vision correction		
21. แพ้อากาศ - Hay fever		
22. ปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ - Heart trouble		
23. เคยแน่นหน้าอกตรงกลางนานกว่า 5 นาที เหมือนใจจะขาดร่วมกับมีเหงื่อออกมาก - Chest pain for more than 5 minutes with breathing difficulty		
24. ปัญหาความดันโลหิต - High or low blood pressure		
25. ปัญหาทางเดินอาหาร - Stomach trouble		
26. เคยตัวเหลืองหรือตาเหลือง ( Jaundice )		
27. นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะหรือมีเลือดในปัสสาวะ - Kidney stone or blood in urine		
28. น้ำตาลหรือไข่ขาวในปัสสาวะ - Sugar or albumin in urine		
29. เป็นลมบ้าหมูหรือชัก - Epilepsy or fits		
30. ปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท - Nervous trouble of any kind		
31. เคยมีอาการแขนหรือขาอ่อนแรง - Temporal limbs weakness of extremity		
32. ใ้ยาหรือยาเสพติดเป็นประจำ - Any drug or narcotic habit		
33. พยายามฆ่าตัวตาย - Attempted suicide		
34. น้ำหนักลด 5 กก.หรือมากกว่าในเวลา 3 เดือน โดยไม่ตั้งใจ - Unintentionally weight loss for 5 kgs or more within 3 months		
35. อาการเมาเรือ เมาอากาศ ที่ต้องใ้ยารักษา - Motion sickness requiring drugs		
36. ถูกปฏิเสธการทำประกันชีวิต - Rejection for life insurance		
37. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา - Admission to hospital in the last two years		
38. อุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุทางการบิน - Aviation accidents/incidents		
39. อุบัติเหตุอื่น ๆ - Other accidents		
40. ปัญหาทางสูตินรีเวช - Gynaecological/Obstetrical conditions		





กรมการบินพลเรือน

DEPARTMENT OF CIVIL AVIATION

## คำร้องขอต่อใบสำคัญแพทย์

## Application for Renewal of Medical Certificate

Form DOA-AME 004 (Feb./2003)

คำแนะนำ ให้กรอกข้อความเป็นภาษาอังกฤษหรือทั้งไทยและอังกฤษ  
Recommendation Fill in English or both Thai and English

1. สถานที่ตรวจ Place of examination

2. ชื่อ นามสกุล First Name &amp; Family Name

3. สัญชาติ Nationality

4. เพศ Sex  ชาย Male  
 หญิง Female

5. วัน เดือน ปีเกิด Date of Birth

6. อายุ Age

7. ที่อยู่ Address  ที่อยู่เดิม Same

8. โทร Tel

.....Yrs. ....Mos.

 ที่ใหม่เปลี่ยนเป็น Changed to9. ประเภทใบอนุญาตที่ขอ  ATPL  CPL  PPL  Student Pilot  ATC  
Type of License  FE  อื่น ๆ ระบุ Other specify:

10. เลขที่ใบอนุญาต License No.

11. ชั่วโมงบินรวม (Total Flying Time): Hrs. หกเดือนก่อนหน้า (Last 6 months): Hrs. บ. แบบ (A/C Type):

12. ตรวจโรคครั้งสุดท้าย เมื่อใด ผลการตรวจ :  สมบูรณ์  ไม่สมบูรณ์  ข้อจำกัด  
Last Medical Exam When Limitation13. ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาเป็นประจำหรือไม่ Do you currently use any medication?  ไม่ No  ใช่ Yes  
ถ้าใช่ ระบุชื่อยา จำนวน เหตุผล If yes, give name, purpose, dose and frequency:

## ประวัติทางแพทย์ Medical History

ท่านเคยมีหรือมีอาการของโรคต่อไปนี้หรือไม่? ถ้าตอบ ใช่ ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุ  
Have you ever had or have you now any of the following? Elaborate "Yes" answer under remarks.

สภาวะ Condition	ใช่ Yes	ไม่ No	สภาวะ Condition	ใช่ Yes	ไม่ No
13. ปวดหัวรุนแรงหรือบ่อยครั้ง Frequent or server headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ปัญหาทางระบบประสาท Neurological disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. เวียนหัวหรือเป็นลม Dizziness or fainting spell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. อาการวิงเวียน Motion sickness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. หมดสติ Unconsciousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ปัญหาทางจิต Mental disorder of any sort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ปัญหาทางตา Eye trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. พยายามฆ่าตัวตาย Suicide attempt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. แพ้อากาศหรือภูมิแพ้ Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ติดเหล้า Alcohol dependence or abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ปัญหาทางระบบทางเดินหายใจหรือปอด Lung disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. เสพยาหรือยาเสพติดเป็นประจำ Any drug or narcotic habit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ปัญหาที่หัวใจหรือเส้นเลือด Heart or vascular trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล Admission to hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ความดันเลือดสูงหรือต่ำ High or low blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. อุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุทางการบิน Aviation accidents/incidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร Stomach, liver, or intestinal trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. อุบัติเหตุที่รุนแรง Other serious accidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ปัญหาทางระบบทางเดินปัสสาวะ Urinary system problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. เคยต้องโทษทางคดีอาญา Any conviction(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ปัญหาทางสูตินารีเวช Gynecological/Obstetrical conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. เจ็บป่วยอื่น ๆ หรือผ่าตัด Other illness, disability, or surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## หมายเหตุ Remarks (Others + Details)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่แจ้งไว้ในคำร้องนี้สมบูรณ์และเป็นจริงทุกประการและข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่แพทย์เห็นสมควร

I hereby certify that all statements provided by me in this application form are complete and true in every respect. And I also authorize for laboratory investigations as required.

ลงชื่อผู้ขอรับการตรวจ

วันที่



## MEDICAL EXAMINATION REPORT

DEPARTMENT OF CIVIL AVIATION

Form DOA-AME 002 ( Feb./2003 )

1. Applicant Name :		Nationality :	
2. Height	cm.	3. Weight	kg.
4. Body Build : <input type="checkbox"/> Slender <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Heavy <input type="checkbox"/> Obese			
		Normal	Abnormal
5. Head, face, neck and scalp			
6. Nose			
7. Sinuses			
8. Mouth and throat			
9. Ears, general (int. & ext. canals)			
10. Drums (perforation)			
11. Eyes, general; visual fields			
12. Ophthalmoscopic			
13. Pupils (equality and reaction)			
14. Ocular motility (associated parallel movement, nystagmus)			
15. Lungs and chest (including breasts)			
16. Heart (size, rhythm, sounds)			
17. Vascular system			
		Normal	Abnormal
18. Abdomen and viscera (including hernia)			
19. Anus and rectum (haemorrhoids, fistula, prostate)			
20. Endocrine system			
21. G-U system			
22. Upper and lower extremities (strength, range of motion)			
23. spine, other musculoskeletal			
24. Identifying body marks, scars, tattoos			
25. skin and lymphatics			
26. Neurologic (tendon reflexes, equilibrium sense, co-ordination, etc)			
27. Psychiatric (specify any personality deviation)			
28. General systemic			

29. Blood pressure (sit) : .....mm hg		Pulse : ...../min	
30. Hearing - Voice Test		<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail
31. Audiometry	500	1000	2000
- Right ear dB			
- Left ear dB			
32. Heterophoria		Eso:.....	Exo:.....
		Right Hyper:.....	Left Hyper:.....
36. Color Vision	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	
37. Visual Field	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
38. Other Tests		.....	
33. Distant Vision		Right 20/	Corrected to 20/
		Left 20/	Corrected to 20/
		Both 20/	Corrected to 20/
34. Near Vision		Right 20/	Corrected to 20/
30-50 cm		Left 20/	Corrected to 20/
		Both 20/	Corrected to 20/
35. Intermediate Vision		Right 20/	Corrected to 20/
80 cm		Left 20/	Corrected to 20/
		Both 20/	Corrected to 20/

### LABORATORY EXAMINATIONS

39. Blood analysis :		Bl.gr.....	Rh.....
		Hb.....	V.P.C.....
		FBS.....	
		Chol.....	Trig.....
		HDL.....	LDL.....
		SGOT.....	SGPT.....
		Alk.phcs.....	
		HBsAg.....	HIV.....
		BUN.....	
		Creat.....	Uric.....
			<b>Gamma GT</b> .....
40. Urinalysis :		Suger.....	Albumin.....
		Microscopic.....	
41. ECG :		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
42. Chest X-ray :		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal

43. Authorized medical examiner's recommendation : Applicant is		<input type="checkbox"/> Fit class.....	<input type="checkbox"/> Unfit class.....
<input type="checkbox"/> Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?			
.....			
44. Comments, restrictions, limitations : .....			
.....			

### 45. MEDICAL EXAMINER'S DECLARATION

I hereby certify that I /my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.
---

เงื่อนไข Condition

1. ใบสำคัญแพทย์ฉบับนี้จะติดแนบติดไว้กับใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่  
This certificate shall be attached to the holder licence.
2. ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ จะต้องไม่ปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างที่เจ็บป่วย ซึ่ง  
เกิดขึ้นในขณะที่ใบสำคัญแพทย์ฉบับนี้ ยังมีผลบังคับใช้  
The holder shall not exercise the privilege of the licence  
during the period of physical deficiency which may occur  
while the certificate is valid.
3. ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจและออกใบสำคัญแพทย์  
ซึ่งได้รับการแต่งตั้งทราบถึงการเสื่อมสมรรถภาพใดๆ หรือการเจ็บ  
ป่วย ซึ่งระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 14 วันขึ้นไป เพื่อให้แพทย์ผู้ตรวจ  
ทางแพทย์ก่อนจะกลับมากำหนดหน้าที่ตามสิทธิในใบอนุญาต  
The holder is required to notify designated Aviation  
Medical Examiner of any incapacitating injury or illness  
in excess of 14 consecutive days for medical reexamination  
before return to exercise the privilege of the licence.
4. ผู้ถือใบสำคัญแพทย์จะดัดแปลงไม่ปกปิดรายละเอียดเกี่ยวกับโรคหรือ  
ทางร่างกายหรือโรคที่เป็น  
The holder shall not withheld any information of his  
bodily defects of diseases.

ประเทศไทย  
THAILAND



ใบสำคัญแพทย์  
MEDICAL CERTIFICATE  
กรมการบินพลเรือน  
DEPARTMENT OF CIVIL AVIATION

FORM : PEL 128

ออกให้ตามพระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ.2497 และ  
ระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ และตาม  
บทบัญญัติแห่งอนุสัญญาว่าด้วยการบินพลเรือนระหว่างประเทศทำขึ้น  
ณ เมืองชิคาโก เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2487

issue in accordance with the provisions of the  
Air Navigation Act B.E. 2497 and regulations issued  
thereunder and with the provisions of the Conventions  
on the International Civil Aviation signed at Chicago  
on 7 th December 1944

ชื่อ/full name.....  
ที่อยู่/address.....

วัน เดือน ปีเกิด/date of birth.....

สัญชาติ/nationality.....

ใบอนุญาตเลขที่/licence number.....

พบว่ามีมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับประเภท.....

meet the medical standards class.....

ลงชื่อผู้ถือใบสำคัญแพทย์.....

holder's signature

ข้อจำกัด/limitations

ลงชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ.....No.....

AME signature

สถานที่ตรวจ.....

place of examination

วันที่ตรวจ.....

date of examination

มีผลใช้บังคับถึง/valid until.....