

คำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์
Application Form for An Aviation Medical
Certificate

ติดรูปถ่าย 1“
1” photo here
เฉพาะการตรวจครั้งแรก
(For 1st application only)

(1) Application ยื่นขอแบบ Initial ครั้งแรก <input type="checkbox"/> Revalidate ต่อก่อนอายุ <input type="checkbox"/> Renewal ต่อหลังหมดอายุ <input type="checkbox"/>		(2) Surname: นามสกุล		(3) Previous surname(s): นามสกุลเดิม		(4) National identification number (if applicable): เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	
(5) Forename(s): ชื่อ			(6) Date of birth: วัน-เดือน-ปีเกิด (6.1) Age: อายุ			(7) Sex เพศ Male ชาย <input type="checkbox"/> Female หญิง <input type="checkbox"/>	
(8) Country of licence issue: รัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่		(9) Class of Medical Assessment applied for: ยื่นคำขอใบสำคัญแพทย์ชั้น 1 st <input type="checkbox"/> 2 nd <input type="checkbox"/> 3 rd <input type="checkbox"/> 4 th <input type="checkbox"/>		(10) Type of licence applied for (if initial application): ประเภทของใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ที่ยื่นคำร้องขอ (สำหรับการยื่นครั้งแรก)			
(11) Place and country of birth: สถานที่ (เมือง) และประเทศที่เกิด		(12) Nationality: สัญชาติ		(13) Occupation (principal): อาชีพ			
(14) Permanent address ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน		(15) Postal address (if different) ที่อยู่ติดต่อได้		(16) Employer (principal): สถานที่ทำงาน			
Postcode		Postcode		(17) Last medical examination การตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด Date: Place: Result of examination: <input type="checkbox"/> สมบูรณ์ (Fit) <input type="checkbox"/> ไม่สมบูรณ์ (Unfit)			
Country		Country		(18) Aviation licence(s) held (type): ประเภทใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ถืออยู่ Licence number(s): เลขที่ใบอนุญาต Country(ies) of issue: รัฐผู้ออกใบอนุญาต			
Telephone No.		Telephone No.					
Mobile/Cell No.							
E-mail							
(19) Family physician's name and address ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ประจำตัว E-mail: Telephone No.:				(20) Any limitations on Licence/Medical Assessment? มีข้อจำกัดทางการแพทย์หรือการถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่หรือไม่? No (ไม่มี) <input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> Details (รายละเอียด)			
(21) Have you ever had an aviation Medical Assessment denied, suspended or revoked by any licensing authority? If yes, discuss with AME/SAME. ท่านเคยถูกปฏิเสธการออก, พักใช้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ โดยหน่วยงานกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนแห่งใดหรือไม่? ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบ No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Place: Details:				(22) Total flight time (hours): จำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.)		(23) Flight time (hours) since last medical: จำนวนชั่วโมงบิน (ชม.) นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด	
				(24) Aircraft currently flown (e.g. Boeing 737, Cessna C150): ประเภทของอากาศยานที่ประจำหน้าที่นักบินอยู่ในปัจจุบัน			
(25) Any aircraft accident or reported incident since last medical? นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด เคยประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ทางการบินบ้างหรือไม่? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Place: Details:				(26) Type of flying intended (1) e.g. commercial air transport, flying instruction, private: ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (1)			
				(27) Type of flying intended (2): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (2) Single-crew <input type="checkbox"/> Multi-crew <input type="checkbox"/>			

คำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์

Application Form for An Aviation Medical Certificate

<p>(28) Do you drink alcoholic beverages? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่? If YES, state average weekly intake in units: หากดื่ม ให้ระบุปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์โดยเฉลี่ย</p> <p>(29) Do you smoke tobacco products? สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบใดหรือไม่? Never (ไม่เคยสูบ) <input type="checkbox"/> Previously (เลิกสูบแล้ว) <input type="checkbox"/> Date stopped: ระบุวันที่เลิกสูบ Currently (ยังสูบบุหรี่อยู่) <input type="checkbox"/> State type, amount and number of years: ระบุชนิด, ปริมาณที่สูบ และจำนวนปีที่สูบ</p>	<p>(30) Do you currently use any medication, including non-prescribed medication? ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? (รวมทั้งยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์) Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If YES, state name of medication, date commenced, daily or weekly dose, and cause (diagnosis): ถ้าใช่ ให้ระบุชื่อยา, วันที่เริ่มใช้, ปริมาณที่ใช้ต่อวัน/หรือต่อสัปดาห์ และเหตุผล (การวินิจฉัยโรค)</p>
---	--

(31) General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? YES or NO must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section and discuss them with the medical examiner. ประวัติทางการแพทย์: ท่านมีหรือเคยมีประวัติทางการแพทย์ข้อใดต่อไปนี้หรือไม่? ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง หากข้อใดตอบ "ใช่" (YES) ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุและแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบโดยทำเครื่องหมาย

Yes		No		Yes		No		Yes		No					
101 Eye disorders/eye surgery ความผิดปกติทางตา/ผ่าตัดตา				112 Nose or throat disease or speech disorder โรคทางจมูกหรือลำคอ หรือความผิดปกติทางการพูด				123 Malaria or other tropical Disease มาลาเรีย หรือโรคเขตร้อนใด ๆ				Family history of: ประวัติทางการแพทย์ของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว			
102 Spectacles and/or contact lenses ever worn ใส่/เคยใส่แว่นตาและ/หรือคอนแทกต์เลนส์				113 Head injury or concussion ได้รับบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงที่ศีรษะ				124 A positive HIV test ผลตรวจเอชไอวีเป็นบวก				140 Heart disease โรคหัวใจ			
103 Spectacle/contact lens prescriptions/change since last medical exam แพทย์วินิจฉัยให้เปลี่ยนแว่นตา และ/หรือคอนแทกต์เลนส์ นับจากการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด				114 Frequent or severe headaches มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงหรือปวดศีรษะบ่อยครั้ง				125 Sexually transmitted Disease โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				141 High blood pressure ความดันโลหิตสูง			
104 Hay fever, other allergy ไข้ละอองฟาง, โรคภูมิแพ้ชนิดอื่น				115 Dizziness or fainting spells อาการวิงเวียนหรือเป็นลม				126 Admission to hospital เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล				142 High cholesterol level ระดับคอเลสเตอรอลสูง			
105 Asthma, lung disease หอบหืด, โรคปอด				116 Unconsciousness for any reason หมดสติด้วยเหตุใดก็ตาม				127 Any other illness or injury อาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอื่นใด				143 Epilepsy โรคลมชัก			
106 Heart or vascular disease โรคหัวใจหรือหลอดเลือด				117 Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc. ความผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง เช่น เส้นเลือดในสมอง, โรคลมชัก, อาการชัก, อัมพาต เป็นต้น				128 Visit to medical practitioner since last medical examination ไปพบแพทย์ด้วยเหตุทางสุขภาพ นับจากการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด				144 Mental illness อาการเจ็บป่วยทางจิต			
107 High or low blood pressure ความดันโลหิตต่ำหรือสูง				118 Psychological/ psychiatric trouble of any sort ปัญหาสุขภาพจิต				129 Refusal of life insurance ถูกปฏิเสธการทำประกันชีวิต				145 Diabetes โรคเบาหวาน			
108 Kidney stone or blood in urine นิ่วหรือเลือดออกในปัสสาวะ				119 Alcohol/drug/substance abuse ใช้สารต้องห้าม, ยาเสพติด, แอลกอฮอล์				130 Refusal of issue or revocation of aviation licence ถูกปฏิเสธการออกหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่				146 Tuberculosis วัณโรค			
109 Diabetes, hormone disorder โรคเบาหวาน, ความผิดปกติเกี่ยวกับฮอร์โมน				120 Attempted suicide พยายามฆ่าตัวตาย				131 Medical rejection from or for military service ถูกปฏิเสธจากหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานกับกองทัพด้วยเหตุผลทางการแพทย์				147 Allergy/asthma/eczema ภูมิแพ้/หอบหืด/ผิวหนังอักเสบผื่นแพ้			
110 Stomach, liver or intestinal trouble ความผิดปกติเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร, ตับ หรือลำไส้				121 Motion sickness requiring medication อาการเมาเรือ, เมาอากาศ ที่ต้องใช้ยารักษา				132 Award of pension or compensation for injury or illness ผ่านการพิจารณาให้ได้รับค่าชดเชยการบาดเจ็บหรืออาการป่วย				148 Inherited disorders โรคทางพันธุกรรม			
111 Deafness, ear disease หูหนวก, โรคเกี่ยวกับหู				122 Anaemia/Sickle cell trait/ other blood disorders โลหิตจาง, พาหะโรค Sickle cell, ความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบเลือด								149 Glaucoma ต้อหิน			
												Females only: เฉพาะผู้หญิง			
												150 Gynaecological disorders (including menstrual) ความผิดปกติทางสูติรีเวชวิทยา (รวมถึงประจำเดือนไม่ปกติ)			
												151 Are you pregnant? ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?			

(152) **Remarks:** If previously reported and unchanged, so state.

หมายเหตุ: ถ้าเคยรายงานมาก่อนแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม ให้ระบุไว้ว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากประวัติเดิม

(32) **Declaration:** I hereby declare that I have carefully considered the statements I have made above and that to the best of my belief they are complete and correct. I further declare that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that if I have made any false or misleading statement in connection with this application, or if I do not consent to release the supporting medical information, the Authority may refuse to grant me a Medical Assessment or may withdraw any Medical Assessment granted, without prejudice to any other legal action applicable pursuant to AIR NAVIGATION ACT B.E. 2497 including the Amendments and other relevant laws.

คำยืนยัน: ข้าพเจ้าได้อ่านและพิจารณาข้อความข้างต้นทั้งหมดโดยละเอียดแล้ว และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวมีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ข้าพเจ้าขอยืนยันว่ามิได้ตั้งใจปิดข้อมูลสำคัญหรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อน ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จหรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนอันมีความเกี่ยวข้องกับการขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์นี้ หรือหากข้าพเจ้าปฏิเสธความร่วมมือหรือไม่ให้ความยินยอมในการให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออกหรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และดำเนินการใด ๆ ทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ. 2497 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องได้

CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I hereby give my consent that all relevant medical information may be released and submitted to the Medical Assessor of the Licensing Authority.

Note: Medical confidentiality will be respected at all times.

คำยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์: ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน, สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน, นายแพทย์ผู้ตรวจ, นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส และนายแพทย์ผู้ตรวจสอบ (Medical Assessor) ของสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ: ข้อมูลทางการแพทย์จะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงอย่างเคร่งครัด

Consent to Medical Disclosure: I consent to the disclosure of all relevant medical examination history information in consideration for the issuance or revalidation or renewal of a medical certificate to the Aeromedical Center (AeMC), the Aeromedical Office (AeMO), the Authorized Medical Examiner (AME), the Senior Authorized Medical Examiner (SAME), the Medical Assessor, as well as relevant personnel involving in the medical examination and agencies related to the Civil Aviation Authority of Thailand in the medical examination process and supervision. My test results and information must only be used for the purpose of medical evaluation and civil aviation supervision. It must be kept secure and access strictly restricted.

คำยินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์: ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูลประวัติผลการตรวจสุขภาพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้าในการพิจารณาออกหรือต่ออายุใบสำคัญแพทย์แก่ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบินพลเรือน นายแพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์ผู้ตรวจอาวุโส นายแพทย์ผู้ตรวจสอบ ตลอดจนถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการตัดสินใจผลการตรวจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย เพื่อประกอบการพิจารณาออกหรือต่อใบสำคัญแพทย์และการกำกับดูแลด้านการบินพลเรือน ผลการตรวจและข้อมูลของข้าพเจ้าจะต้องถูกนำมาใช้เพื่อจุดประสงค์การประเมินผลทางการแพทย์และการกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนเท่านั้น โดยจะต้องถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึงอย่างเคร่งครัด

.....
Date
วันที่ยื่นคำร้อง

.....
Signature of applicant
ลายมือชื่อผู้ยื่นคำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์

.....
Signature of
medical examiner (Witness)
ลายมือชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ (พยาน)

คำชี้แจงการกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์

แบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์นี้รวมทั้งรายงานผลการตรวจทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ถูกกำหนดไว้เป็นมาตรฐานในภาคผนวก 1 (Annex 1) แห่งอนุสัญญาชิคาโก โดยองค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (ICAO) ให้ต้องจัดทำขึ้น และส่งรายงานไปยังนายแพทย์ผู้ตรวจสอบซึ่งปฏิบัติงานให้สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์อย่างเข้มงวดอยู่เสมอ

ผู้ประสงค์ยื่นคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์ต้องกรอกข้อมูลด้วยตนเองอย่างครบถ้วนทุกข้อในแบบฟอร์มคำร้องนี้ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ การกรอกข้อมูลให้ใช้ปากกาถูกเส้นสีดำ เขียนด้วยลายมือและนำหน้าการเขียนที่แน่ใจได้ว่าสามารถอ่านออกได้อย่างชัดเจนทั้งแผ่นเอกสารต้นฉบับรวมถึงแผ่นเอกสารฉบับสำเนา หากมีรายละเอียดที่ต้องการเพิ่มเติมเพื่อตอบคำถามข้อใด ให้กรอกข้อมูลเพิ่มเติมนั้นลงในแผ่นกระดาษเปล่าพร้อมทั้งระบุวันที่และลงชื่อกำกับ คำชี้แจงด้านล่างนี้มีหมายเลขกำกับแต่ละหัวข้อซึ่งตรงกับหมายเลขของข้อคำถามในแบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์

คำเตือน - การไม่กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือการไม่กรอกข้อมูลให้สามารถอ่านออกได้อย่างชัดเจนอาจส่งผลให้แบบฟอร์มคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์ได้รับการปฏิเสธ การแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จหรือข้อความอันอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อน หรือการจงใจปกปิดข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง อาจมีความผิดทางอาญา หรือถูกปฏิเสธการออกใบสำคัญแพทย์ที่ยื่นขอในครั้งนี้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ที่เคยได้รับมาแล้ว

1. APPLICATION: ยื่นขอแบบ Initial (ครั้งแรก) หรือ Renewal (ต่ออายุ) เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Initial <input type="checkbox"/> หากเป็นการยื่นคำขอครั้งแรก ถึงแม้จะถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่แบบเดียวกัน ที่ออกโดย Licensing Authority แห่งอื่นก็ตาม	12. NATIONALITY: สัญชาติ
2. SURNAME: นามสกุล	13. OCCUPATION (principal): อาชีพ (หากมีหลายอาชีพให้ระบุอาชีพหลัก)
3. PREVIOUS SURNAME(S): นามสกุลเดิม หากเคยเปลี่ยนนามสกุลให้กรอกนามสกุลเดิมด้วย	14. PERMANENT ADDRESS: ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน กรอกที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, เบอร์โทรศัพท์ และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
4. NATIONAL IDENTIFICATION NUMBER (if applicable): กรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (หรือเลขที่บัตรประกันสังคมที่รัฐออกให้)	15. POSTAL ADDRESS (if different from Permanent Address): ที่อยู่ที่ติดต่อได้ กรอกที่อยู่ติดต่อได้ในปัจจุบัน (หากไม่เหมือนกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)
5. FORENAMES: ชื่อ กรอกชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี)	16. EMPLOYER (principal): สถานที่ทำงาน (หากมีสถานที่ทำงานหลายที่ให้ระบุสถานที่ทำงานหลัก)
6. DATE OF BIRTH: วัน-เดือน-ปีเกิด กรอกตัวเลขตามลำดับ: วันที่ (DD), เดือน (MM), ปี (YYYY) เช่น 22-08-1960	17. LAST MEDICAL EXAMINATION: ประวัติการตรวจสุขภาพด้านเวชศาสตร์การบิน ระบุ วันที่ (DD-MM-YYYY), สถานที่ (เมือง/ประเทศ) และรายละเอียดเงื่อนไขหรือข้อจำกัด จากที่ได้รับการตรวจสุขภาพด้านเวชศาสตร์การบินครั้งล่าสุด สำหรับผู้ที่ขอรับการตรวจเป็นครั้งแรกและไม่มีประวัติการตรวจให้ระบุว่า "ไม่มี"
7. SEX: เพศ เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Male (ชาย) <input type="checkbox"/> หรือ Female (หญิง) <input type="checkbox"/>	18. AVIATION LICENCE(S) HELD (TYPE), LICENCE NUMBER(S), COUNTRY(IES) OF ISSUE: ระบุข้อมูลใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ถืออยู่ ทั้งประเภทใบอนุญาต, เลขที่ใบอนุญาต และรัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่
8. COUNTRY OF LICENCE ISSUE: ระบุรัฐผู้ออกใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ฉบับแรก (กรณีที่ไม่ใช่การร้องขอครั้งแรก)	19. FAMILY PHYSICIAN'S NAME AND ADDRESS (if applicable) ระบุชื่อและที่อยู่ติดต่อได้ของแพทย์ประจำตัว (ถ้ามี)
9. CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR: เลือกทำเครื่องหมายในช่อง <input type="checkbox"/> ที่ตรงกับชั้นของใบสำคัญแพทย์ที่ยื่นคำขอ	20. ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE/MEDICAL ASSESSMENT: ให้ระบุว่าข้อจำกัดทางการแพทย์หรือการถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่หรือไม่ ถ้ามีให้ระบุรายละเอียดของข้อจำกัด (limitations) นั้น ๆ ด้วย เช่น correcting lenses, valid day-time only, multi-pilot operations only เป็นต้น
10. TYPE OF LICENCE APPLIED FOR (if initial application): สำหรับการยื่นคำร้องขอครั้งแรกกับสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย ให้ระบุประเภทของใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่ที่ยื่นคำร้องขอครั้งนี้ด้วย	21. HAVE YOU EVER HAD AN AVIATION MEDICAL ASSESSMENT DENIED, SUSPENDED OR REVOKED BY ANY LICENSING AUTHORITY? IF YES, DISCUSS WITH THE MEDICAL EXAMINER: ท่านเคยถูกปฏิเสธการออก, พักใช้ หรือเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ (แม้เพียงชั่วคราว) โดยหน่วยงานกำกับดูแลด้านการบินพลเรือนแห่งใดหรือไม่? ถ้าเคย ให้เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Yes <input type="checkbox"/> ระบุรายละเอียดต่าง ๆ รวมทั้งวันที่, สถานที่ตรวจ และแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบด้วย
11. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH: ระบุสถานที่ (เมือง) และประเทศที่เกิด	22. TOTAL FLIGHT TIME (HOURS): จำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.) สำหรับนักบินให้ระบุจำนวนชั่วโมงบินรวม (ชม.) ส่วนผู้ถือใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่อื่นซึ่งไม่ใช่ นักบินให้ระบุว่า N/A

คำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์
Application Form for An Aviation Medical Certificate

<p>23. FLIGHT TIME (HOURS) SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION: ระบุจำนวนชั่วโมงบิน (ชม.) นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด</p>	<p>28. IF YOU DRINK ALCOHOLIC BEVERAGES STATE AVERAGE WEEKLY INTAKE IN UNITS: หากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้ระบุปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์โดยเฉลี่ย เช่น 12 หน่วย (เบียร์และไวน์) หมายถึง: 1 หน่วย เทียบเท่ากับ แอลกอฮอล์ 12 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณเทียบเท่าแอลกอฮอล์ในเบียร์ 1 กระป๋อง หรือ 1 ขวด ที่เป็นขนาดมาตรฐานทั่วไป (0.34ลิตร)</p>
<p>24. AIRCRAFT CURRENTLY FLOWN: ระบุประเภทของอากาศยานที่ประจำหน้าที่นักบินอยู่ในปัจจุบัน เช่น Boeing 737, Airbus A 330, Cessna 150.</p>	<p>29. DO YOU SMOKE TOBACCO PRODUCTS? สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบใดหรือไม่? เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง สำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบันให้ระบุชนิดและปริมาณการสูบบุหรี่ เช่น สูบบุหรี่ 20 มวนต่อวัน, สูบไปป์ 30 กรัมต่อสัปดาห์ เป็นต้น</p>
<p>25. ANY AIRCRAFT ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION? นับตั้งแต่ตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด เคยประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ทางการบินบ้างหรือไม่? ถ้าเคย ให้เลือกทำเครื่องหมายในช่อง Yes <input type="checkbox"/> และระบุรายละเอียดต่าง ๆ</p>	<p>30. DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION INCLUDING NON-PRESCRIBED MEDICATION? ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? ทั้งการให้ยาที่จำเป็นต้องได้รับตามการวินิจฉัยและในสั่งยาจากแพทย์ รวมถึงยาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ด้วย เช่น ยาสมุนไพร, ยาที่สามารถซื้อได้ทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ (ยาประเภทOTC) หากตอบ “ใช่” (YES) ให้ระบุรายละเอียด ได้แก่ ชื่อยา, วันที่เริ่มใช้, ปริมาณที่ใช้ต่อวัน/หรือต่อสัปดาห์ และเหตุผลที่จำเป็นต้องใช้ยาด้วย (การวินิจฉัยโรค)</p>
<p>26. TYPE OF FLYING INTENDED (1): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (1) เช่น commercial air transport, flying instruction, private.</p>	<p>31. GENERAL AND MEDICAL HISTORY: ประวัติทางการแพทย์ กรุณาตอบคำถามแต่ละข้อย่อยภายใต้หัวข้อ (31) GENERAL AND MEDICAL HISTORY: ประวัติทางการแพทย์ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกข้อตามความเป็นจริง (ข้อ 101 – 149 สำหรับเพศชาย และ ข้อ 101 – 151 สำหรับเพศหญิง) หากมีหรือเคยมีประวัติทางการแพทย์ข้อใดให้เลือกตอบว่า “ใช่” (YES) และระบุรายละเอียดอาการเจ็บป่วยและวันที่มีอาการเจ็บป่วยนั้นในช่องหมายเหตุและแจ้งให้นายแพทย์ผู้ตรวจทราบ คำถามทุกข้อมีความสำคัญถึงแม้ว่าจะยังไม่เห็นผลกระทบต่ออย่างชัดเจนนัก คำถามข้อ 140 – 149 หมายถึงประวัติทางการแพทย์ของคุณตลอดชีวิตในครอบครัว ส่วนคำถามข้อ 150 – 151 ใช้เฉพาะกับผู้ยื่นคำร้องที่เป็นเพศหญิงเท่านั้น ถ้าเคยรายงานรายละเอียดของประวัติทางการแพทย์เช่นนี้มาก่อนแล้วและไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม สามารถระบุว่า “ไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากประวัติเดิม” ได้ แต่ยังคงต้องเลือกทำเครื่องหมายในช่องคำตอบของคำถามแต่ละข้อให้ครบถ้วน และไม่ต้องรายงานอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นครั้งคราวทั่วไป เช่น ใช้หัวธรรมดา เป็นต้น</p>
<p>27. TYPE OF FLYING INTENDED (2): ระบุประเภทของการปฏิบัติการบิน (2) โดยเลือกทำเครื่องหมายในช่อง Single-crew <input type="checkbox"/> Multi-crew <input type="checkbox"/> (นักบินหนึ่งคน) (นักบินสองคนหรือมากกว่า)</p>	<p>32. DECLARATION AND CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: คำยืนยันและคำยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ อย่าลงนามหรือลงวันที่ในส่วนนี้จนกว่าจะได้รับการแนะนำจากนายแพทย์ผู้ตรวจ ผู้ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นพยานและลงนามรับรองด้วยเช่นกัน</p>

AN APPLICANT HAS THE RIGHT TO REFUSE ANY EXAMINATION AND TEST AND TO REQUEST REFERRAL TO THE AUTHORITY.

HOWEVER, THIS MAY ENTAIL TEMPORARY DENIAL OF MEDICAL CERTIFICATION.

ผู้ยื่นคำร้องขอรับ/ขอต่อใบสำคัญแพทย์มีสิทธิปฏิเสธการตรวจและการทดสอบทางการแพทย์ใด ๆ และมีสิทธิยื่นขอข้อมูลอ้างอิงจากสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุนี้ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออกใบสำคัญแพทย์เป็นการชั่วคราวได้