

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษาคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
ประจำปีการศึกษา 2561

ชื่อ – สกุล ○ นาย ○ นางสาว.....

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สมัครคัดเลือกฯ ได้ คณะสัตวแพทยศาสตร์

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก) นักเรียนเคยมีหรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย
 ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด

- หอบหืด (Asthma).....
- ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....
- ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....
- วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....
- ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....
- โรคลมชัก (Epilepsy).....
- โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....
- หูน้ำหนวก (Otorrhea).....
- ไส้เลื่อน (Hernia).....
- กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident).....
- ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....
- อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมี
 การปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอน
 สภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
 (.....)

ชื่อนักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์ม คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
สำหรับตรวจโรคผู้เข้าศึกษาต่อ ประจำปีการศึกษา 2561

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....โทร.....

คณะ.....สาขาวิชา.....รหัส.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท ซ้ำพจร.....ครั้ง / นาที

1. การตรวจโรค

- | | | |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1.1 หู คอ จมูก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.2 ตา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.3 หัวใจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.4 ปอด | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.5 ช่องท้อง | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.6 อื่นๆ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

2. ผลเอ็กซเรย์ ปกติ ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) ปกติ ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

4. ผลการตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

5. ผลการตรวจวัดสายตา ปกติ ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แล้วเห็นว่า เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนการรายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษาใหม่ ในวันที่ 14 มิถุนายน 2561
3. ให้นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) มายื่นในวันรายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา