

แบบฟอร์ม

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

สำหรับบุคคลเข้าศึกษาคณะสัตวแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ประจำปีการศึกษา 2565

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).....

อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมี
การปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอน
สภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ชื่อนักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



แบบฟอร์ม

สำหรับตรวจโรคผู้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต

คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัยประจำปีการศึกษา 2564

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น.

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

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....โทร.....

คณะ.....สาขาวิชา.....รหัส.....

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

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....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 อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

2. ผลเอ็กซเรย์ ปกติ ผิดปกติ

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC) ปกติ ผิดปกติ

4. ผลการตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ

5. ผลการตรวจวัดสายตา ปกติ ผิดปกติ



ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

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

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แล้วเห็นว่า เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่าง ๆ
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลของเอกชน หรือคลินิกทั่วไปที่สามารถตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์มได้ครบถ้วน พร้อมให้นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก) และขอใบรับรองการตรวจสุขภาพจากแพทย์ ส่งมาด้วย

** ใช้ออฟไลน์ผ่านระบบรายงานตัวนักศึกษาใหม่ ตามข้อกำหนดในระบบการรายงานตัวเป็นนักศึกษาใหม่ ปีการศึกษา 2565