



## แบบฟอร์ม

สำหรับตรวจโรคผู้เข้าศึกษา หลักสูตรสัตวแพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร 6 ปี)

คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ประจำปีการศึกษา 2569

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

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

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....โทร.....

คณะ.....สาขาวิชา.....รหัส.....

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

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท ซีพจร.....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/นางสาว .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แล้วเห็นว่า เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

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

#### สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

#### หมายเหตุ

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

\*\* ใช้รายงานตัวนักศึกษาใหม่ ตามกำหนดการเข้าศึกษาต่อ ปีการศึกษา 2569