

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการรับบุคคลเข้าศึกษาในโครงการส่งเสริมการผลิตบัณฑิต
ที่มีความสามารถพิเศษทางวิทยาการคอมพิวเตอร์ (โครงการช้างเผือก)
ประจำปีการศึกษา 2555

ชื่อ-สกุล () นาย () นางสาว

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สาขาวิชา.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / 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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....mm.Hg
ชีพจร.....ครั้ง / นาที

2. เอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray.....)

.....
.....

3. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

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

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาว.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็น ผู้มีจิตฟั่น
เฟือนหรือไม่สมประกอบจะไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

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

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- () เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- () ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด /ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์ และไปยื่นต่อกรรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์