

รายงานการตรวจสุขภาพและเอ็กซเรย์ร่างกาย
ผู้สอบผ่านการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยศิลปากร
คณะวิชา วิทยาลัยนานาชาติ
ปีการศึกษา 2560

โปรด
ติดรูปถ่าย

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อ วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยศิลปากร ให้ไปตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลเอกชนที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาล ตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรค และ ให้นำเอกสารชุดนี้ส่งคืน วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยศิลปากร ในวันรายงานตัว

ข้อ 1-2 ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้อง

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว (ตัวบรรจง).....

วัน เดือน ปีเกิด..... จังหวัดที่เกิด..... รหัสนักศึกษา 9060.....

2. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาต่อกรอก) โดยทาเครื่องหมาย ลงใน ผู้สอบคัดเลือกเคยมีหรือ มีโรค อาการ และภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตามความจริง)

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หอบหืด (Asthma)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis) A,B	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลมชัก (Epilepsy)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หูน้ำหนวก (Otorrhea)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไส้เลื่อน (Hernia)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ (Heart Diseases)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่น ๆ (Others) .....	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกนี้ แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาขังมหาวิทยาลัยแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....ลายมือชื่อนักศึกษาที่เข้ารับการตรวจ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2560 ที่เข้ารับการตรวจ

ข้อ 3-6 ให้แพทย์/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้อง

3. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....

เขตหรืออำเภอ.....จังหวัด.....

เลขที่ผู้ป่วย (H.N).....วัน เดือน ปี.....ที่เข้ารับการตรวจ

4. เอ็กซเรย์ร่างกาย ผลของ CHEST X-RAY

5. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาต

เลขที่.....ออกให้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย/นางสาว.....วันที่.....แล้ว เห็นว่า

นาย/นางสาว.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มี

จิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบ จนไม่สามารถเข้าศึกษาได้ และปราศจากโรคดังต่อไปนี้ (โปรดตอบตามความจริง)

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเรื้อน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคในระยะอันตราย	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคติดยาเสพติดให้โทษ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพิษสุราเรื้อรัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิตต่างๆ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาบอดสี	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หูหนวก	.....

6. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

มีสุขภาพที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย

มีสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก

.....

(ลายมือชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล