



แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้ผ่านการสอบข้อเขียน
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำปีการศึกษา 2560

รูปถ่าย
3x4 ซม.

ข้อมูลส่วนตัว (สำหรับนักเรียนกรอก)

1.1 ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว

โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัดที่เกิด.....

วัน-เดือน-ปีเกิด..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

วัน-เดือน-ปี ที่ตรวจ.....

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย
ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
<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"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....
<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"/>	อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง
หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้า
ศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลส่วนที่ 2 (สำหรับโรงพยาบาลกรอก)

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย โรงพยาบาล.....
 เลขที่ผู้ป่วย (H.N)..... วัน/เดือน/ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....
 น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ตั้ช้เน้มวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร²
 ความดันโลหิต.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ให้แนบผลการตรวจมาด้วย)

- 2.2.1 Complete blood count (CBC): ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....
- 2.2.2 Blood urea nitrogen (BUN) / Creatinine ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....
- 2.2.3 Aspartate aminotransferase (AST) / Alanine aminotransferase (ALT)
ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....
- 2.2.4 Hepatitis Profile:
 - HBsAg Positive Negative
 - HBsAb Positive Negative
 - Anti-Hbc Positive Negative
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....
- 2.2.5 Urinalysis (UA): ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....
- 2.2.6 Stool exam ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....

2.3 การตรวจทางรังสีวิทยาโรคปอด (Chest X-ray, PA upright) (ให้แนบผล Official report ด้วย)

ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....

2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry) (ให้แนบผลการตรวจมาด้วย)

ปกติ ผิดปกติ
 อธิบายลักษณะผิดปกติ(ถ้ามี).....

2.5 การตรวจสายตาและตาบอดสี

2.5.1 Visual Acuity (VA) Right eye:.....

Left eye:.....

สรุปผล สายตาปกติ สายตาสั้น สายตายาว อื่นๆ.....

2.5.2 การตรวจตาบอดสี (เลือกการตรวจตาบอดสีด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จาก 3 วิธีนี้)

1. Ishihara Test: ปกติ ผิดปกติ

2. HRR (Hardy, Rand and Rittler) Test: ปกติ ผิดปกติ

3. Farnsworth D-15 Test: ปกติ ผิดปกติ

2.6 ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่..... ได้ทำการตรวจร่างกาย

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

แล้วเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อน
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคจิตประเภทต่าง ๆ
6. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
7. ภาวะโรคในระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง (ระยะที่ 2)

2.7 สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

() สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย

() สุขภาพมีปัญหา แต่สามารถเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ หากได้รับการบำบัดดังนี้

() สุขภาพมีปัญหา เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

เนื่องจาก.....

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ ว.

(ประทับตราโรงพยาบาล)