

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ผู้ผ่านการคัดเลือก การรับบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น
รอบที่ 1 (Portfolio) ประจำปีการศึกษา 2563

(ตัดหรือถ่ายเอกสารไปใช้ได้)

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว เลขที่สมัคร.....
 โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 วัน - เดือน - ปีเกิด..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
 สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สาขาวิชา.....
 ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

| มี | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | หอบหืด (Asthma)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคลมชัก (Epilepsy)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | หูน้ำหนวก (Otorrhea)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ไส้เลื่อน (Hernia)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | อื่นๆ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ 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.....ได้ทำการตรวจ
ร่างกาย นาย / นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....
พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้
และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

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

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

.....

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

ใบรายงานผลการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง หรือโรงพยาบาลเอกชน (ตามที่คณะ/สาขากำหนด) ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์ (เฉพาะผู้ที่สอบได้ คณะสัตวแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม และคณะเทคโนโลยี สาขาวิชาเทคโนโลยีธรณี ให้ใช้แบบรายงานการตรวจร่างกายเฉพาะ เท่านั้น และให้นำใบรายงานผลการตรวจร่างกาย (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์