

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

ผู้ผ่านการคัดเลือก การรับบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

รอบที่ 1 (Portfolio) ประจำปีการศึกษา 2563

(สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือกในคณะทันตแพทยศาสตร์)

(คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)

(คณะเทคโนโลยี สาขาวิชาเทคโนโลยีธรณี)

(ตัดหรือถ่ายเอกสารไปใช้ได้)

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

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี  ไม่  อธิบายรายละเอียด

- มี
- 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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่  
เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา  
แล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.  
ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่ติดต่อได้.....  
โทร.....

เลขที่สมัคร

คณะ.....สาขาวิชา.....น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง / นาที

### ผลการตรวจโรค

#### 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 อื่นๆ      | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการแพทย์ผู้ตรวจ

2. ผลเอกซเรย์  ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

กรรมการแพทย์ผู้ตรวจ

- |                                    |                               |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ      | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 4. ผลการตรวจตาบอดสี                | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 5. ผลการตรวจวัดสายตา               | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 6. ผลการตรวจสายตาและอ่านภาพ 3 มิติ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

**หมายเหตุ** 1. คณะทันตแพทยศาสตร์ ตรวจข้อ 1-5

2. คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม ตรวจข้อ 1-6

3. คณะเทคโนโลยี สาขาวิชาเทคโนโลยีธรณี ตรวจข้อ 1-5