

## รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

ผู้ผ่านการคัดเลือก การรับบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชนิทัศน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รอบที่ 2 (โดยวิธีรับโควตาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ประจำปีการศึกษา 2563

ชื่อ - สกุล  นาย  นางสาว ..... เลขที่สมัคร.....

โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

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

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

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

### 1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบือนข้อมูล 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 / นางสาว .....เมื่อวันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่

ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคจิตตยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคकुคหะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

## 4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

**หมายเหตุ**

รายงานผลการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง (ตามที่คณะ/สาขากำหนด) ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์ และให้นำใบรายงานผลการตรวจร่างกาย (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์