

รายงานการตรวจสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกาย
 ผู้สอบผ่านข้อเขียน
 การสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร
 ประจำปีการศึกษา 2560



ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้สอบผ่านข้อเขียนเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ส่วนในข้อ 1-2 ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและให้นำเอกสารชุดนี้ส่งคืนมหาวิทยาลัยศิลปากร ในวันสอบสัมภาษณ์

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล นาย นางสาว (เขียนตัวบรรจง)
 วัน เดือน ปีเกิด จังหวัดที่เกิด เลขที่ผู้สมัคร

2. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน นักเรียนเคยมี หรือมีโรค อาการ และภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตรงตามความจริง)

มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> โรค	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"/> ไวรัสตับอักเสบ 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
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกนี้ แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....(ลายเซ็น)
 (.....)
 ชื่อนักเรียนที่เข้ารับการตรวจ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

3. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....เขต หรือ อำเภอ
จังหวัดเลขที่ผู้ป่วย (H.N.) วัน เดือน ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....

4. เอกซเรย์ร่างกาย

ผลของ chest x-ray
.....
.....

5. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้
ณ วันที่ เดือนพ.ศ. ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... แล้ว เห็นว่า นาย/นางสาว.....
เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบ จนไม่สามารถศึกษาได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<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"/>	โรคकुทะราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาบอดสี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หูหนวก

6. สรุปความเห็น และข้อแนะนำของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัยเนื่องจาก

(ลงนาม)

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ
โปรดประทับตราโรงพยาบาล