

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาใน
สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่

ติดรูปถ่าย
ด้วยภาพ

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล..... เพศ () ชาย () หญิง
วัน-เดือน-ปี เกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เลขประจำตัวผู้สมัครรหัสสาขาวิชา.....
โรงพยาบาลที่ตรวจ.....จังหวัด
H.N.วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด

- () () หอบหืด (Asthma)
- () () ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
- () () ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)
- () () วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)
- () () ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)
- () () ไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis)
- () () โรคลมชัก (Epilepsy)
- () () โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)
- () () หนองหู (Otorrhea)
- () () ไส้เลื่อน (Hernia)
- () () กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)
- () () ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)
- () () อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่มีเป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

II. PHYSICAL EXAMINATION (to be filled in by physician)

Height cm. Blood Pressure/..... mmHg

Weight kg. Pulse Rate per min.

การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ.....

U/A.....

CBC

BL.GR.....

Hepatitis.....

HEENT

Chest

Abdomen

Back

Skin

Neuro.

III. LABORATORY EXAMINATION (CHEST X-RAY)

FINDING

.....

.....

IV. ความเห็นแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้รับการตรวจ

โปรดทำ เครื่องหมาย X หน้าข้อที่ต้องการ และ ชิดฆ่าข้อความ (ตัวเอียง) ที่ไม่ต้องการออก

สุขภาพ ปกติสมบูรณ์ / มีปัญหาเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขต เชียงใหม่

สุขภาพมีปัญหา ยังเข้าศึกษาในสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ได้ แต่ควรพักรักษาตัวก่อนเป็นเวลา

สุขภาพปัจจุบันไม่อำนวยต่อการเข้าศึกษาในสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตเชียงใหม่ ควรตรวจซ้ำ โดยละเอียดอีกครั้งในเรื่อง.....

.....

Physician's Signature M.D.

(.....)

ใบอนุญาตที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ

1. ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่สามารถทำการ x-ray ได้
3. นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรมการฯ ในวันรายงานตัว