



รูปถ่าย  
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์  
ผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการเด็กดีมีที่เรียน  
เพื่อเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
TCAS รอบที่ ๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... เพศ ( ) ๑.ชาย ( ) ๒.หญิง  
วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปีที่ตรวจสุขภาพ.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ส่วนที่ ๑ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน(สำหรับผู้สมัครออก)

ผู้สมัครเคยมีหรือมีโรค /อาการหรือภาวะการเจ็บป่วย/การได้รับการรักษา/การฉายา ดังต่อไปนี้หรือไม่

๑) มี	๒) ไม่มี	๓) ไม่แน่ใจ	อธิบายรายละเอียด
[ ]	[ ]	[ ]	๑. ให้นำหนัก
[ ]	[ ]	[ ]	๒. หอบหืด
[ ]	[ ]	[ ]	๓. ไอเป็นเลือด
[ ]	[ ]	[ ]	๔. วัณโรคปอด
[ ]	[ ]	[ ]	๕. ความดันโลหิตสูง
[ ]	[ ]	[ ]	๖. โรคเบาหวาน
[ ]	[ ]	[ ]	๗. โรคลมชัก
[ ]	[ ]	[ ]	๘. โรคหัวใจ
[ ]	[ ]	[ ]	๙. โรคไตวายเรื้อรัง
[ ]	[ ]	[ ]	๑๐. ตัวเหลืองตาเหลือง
[ ]	[ ]	[ ]	๑๑. ไข้เลือด
[ ]	[ ]	[ ]	๑๒. พิษสุราเรื้อรัง
[ ]	[ ]	[ ]	๑๓. กระตุก/หัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
[ ]	[ ]	[ ]	๑๔. ได้รับการผ่าตัด
[ ]	[ ]	[ ]	๑๕. ยาที่ใช้ประจำ
[ ]	[ ]	[ ]	๑๖. อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ ๑)

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ ๒)

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ ๓)

ลำดับ	ระบบ	๑) ผิดปกติ	๒) ปกติ	รายละเอียดความผิดปกติ
๑.	ระบบสายตา (สายตาสั้น / ยาว / เอียง, ตาเข)			
๒.	ระบบหู คอ จมูก (หูหนวก, หูตึง, หูน้ำหนวก, เป็นไข, พุดไม่ชัด, พุดติดอ่าง) <b>**ขอตรวจการได้ยินโดยวิธีส้อมเสียงและขอระบุผลการตรวจด้วย**</b>			
๓.	ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน, ซีด, ผื่น)			
๔.	ระบบทางเดินหายใจ			
๕.	ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
๖.	ระบบทางเดินอาหาร			
๗.	ระบบประสาท			
๘.	กระดูกสันหลังและแขนขา (กระดูกสันหลังหัก คดงอความพิการของนิ้วมือนิ้วเท้ามือเท้าแขนขา)			

ส่วนที่ ๓ การตรวจตาบอดสี การวัดระดับการมองเห็น (สำหรับแพทย์กรอก)

๓.๑ การตรวจตาบอดสี

สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ ตาขวา...../๑๒ PLATES ตาซ้าย...../๑๒ PLATES

การแปลผล ตาขวา [ ] ๑) บอดสี [ ] ๒) ไม่บอดสี ตาซ้าย [ ] ๑) บอดสี [ ] ๒) ไม่บอดสี

๓.๒ การวัดระดับการมองเห็น

VA ตาขวา (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../..... VA with pinhole ตาขวา(ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../.....

VA ตาซ้าย (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../..... VA with pinhole ตาซ้าย (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../.....

การแปลผล [ ] ๑) ผิดปกติ อธิบาย.....

[ ] ๒) ปกติ

ความเห็นแพทย์

[ ] ๑) สุขภาพมีปัญหาเรื่อง.....

[ ] ๒) สุขภาพปกติสมบูรณ์

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....)

หมายเหตุ

๑. ให้ผู้สมัครไปขอรับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ทุกแห่ง

๒. โปรดแนบรายละเอียดการตรวจตาบอดสีโดยละเอียด

หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามได้ที่งานบริการการศึกษาและพัฒนาคุณภาพนักศึกษา ๐ ๕๓๙๓ ๕๐๒๕ ต่อ ๑๑

แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์มีจำนวน ๒ หน้า ให้จัดพิมพ์หน้า - หลัง รวมเป็น ๑ แผ่น ให้ผู้สมัครกรอกข้อมูลส่วนที่ ๑ ติดรูปถ่ายให้เรียบร้อย