



รูปถ่าย
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์
ผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการเด็กดีมีที่เรียน
TCAS รอบที่ ๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

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 /อาการหรืออาการเจ็บป่วย/การได้รับการรักษา/การเข้ายา ดังต่อไปนี้หรือไม่

๑) มี	๒) ไม่มี	๓) ไม่แน่ใจ	อธิบายรายละเอียด
[]	[]	[]	๑. ไข้หวัด
[]	[]	[]	๒. หอบหืด
[]	[]	[]	๓. ไอบีเป็นเลือด
[]	[]	[]	๔. วัณโรคปอด
[]	[]	[]	๕. ความดันโลหิตสูง
[]	[]	[]	๖. โรคเบาหวาน
[]	[]	[]	๗. โรคลมชัก
[]	[]	[]	๘. โรคหัวใจ
[]	[]	[]	๙. โรคไตวายเรื้อรัง
[]	[]	[]	๑๐. ตัวเหลืองตาเหลือง
[]	[]	[]	๑๑. ใสีเลื่อน
[]	[]	[]	๑๒. พิษสุราเรื้อรัง
[]	[]	[]	๑๓. กระดูกหัก/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, ฟูดไม่ชัด, ฟูดติดอ่าง) **ขอตรวจการได้ยินโดยวิธีส้อมเสียงและขอระบุผลการตรวจด้วย**			
๓.	ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อรัง, 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 ดิรูปถ่ายให้เรียบร้อย