



แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพร่างกาย  
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ประจำปีการศึกษา 2561

ส่วนที่ 1 (นักเรียนเป็นผู้กรอก)

ชื่อ – สกุล  นาย  นางสาว .....  
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
วัน – เดือน – ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สาขาวิชา.....  
ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการหรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

| มี                       | ไม่มี                    | 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"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....                        |
| <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"/> | อื่นๆ.....  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่มีจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

### 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.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาว .....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคจิตเวชเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคகுதறாதหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

### 4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย

เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

### หมายเหตุ:

ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์ และให้นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นในวันสอบสัมภาษณ์