



ติครูบถ่าย  
ด้วยกา

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาใน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน-เดือน-ปีเกิด..... เลขประจำตัวผู้สมัคร .....รหัสสาขาวิชา.....  
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) .....
- ( ) ( ) โรคลมชัก (Epilepsy) .....
- ( ) ( ) โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) .....
- ( ) ( ) หนองน้ำหนวก (Otorrhea) .....
- ( ) ( ) ไส้เลื่อน (Hernia) .....
- ( ) ( ) กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident) .....
- ( ) ( ) ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation) .....
- ( ) ( ) อื่น ๆ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

(.....)

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.
HEENT .....
Chest .....
Abdomen .....
Back .....
Skin .....
Neuro. ....

III. LABORATORY EXAMINATION (CHEST X-RAY)

FINDING .....
.....
.....

IV. ความเห็นแพทย์ เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้รับการตรวจ

โปรดทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ต้องการ และขีดฆ่าข้อความ (ตัวเอียง) ที่ไม่ต้องการออก

- ☐ สุขภาพ ปกติสมบูรณ์ / มีปัญหาเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย
☐ สุขภาพมีปัญหา ยังเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ แต่ควรพักรักษาตัวก่อนเป็นเวลา .....
☐ สุขภาพปัจจุบันไม่อำนวยต่อการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย ควรตรวจซ้ำโดยละเอียดอีกครั้งในเรื่อง .....

Physician's Signature ..... M.D.

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ

- 1. ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่สามารถทำการ x-ray ได้ ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์
3. นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์