



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร (นาย/นางสาว) วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล..... จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

ไม่มี	มี	ถ้ามีโปรดอธิบายรายละเอียด
		หอบหืด
		ความดันโลหิตสูง
		ไอเป็นเลือด
		วัณโรคปอด
		ตัวเหลือง ตาเหลือง
		โรคลมชัก
		โรคเบาหวาน
		หุน้ำหนวก
		กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
		ได้รับการผ่าตัด
		อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และรับทราบว่าหากมีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษาต่อไป

(.....)

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ไปประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ออกให้ ณ วัน เดือน ปีสังกัดโรงพยาบาล.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้สมัครมี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

1. ผลการตรวจร่างกาย ☐ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์

2.1 HBs Ag ☐ Positive ☐ Negative ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2.2 Anti HBs ☐Positive ☐Negative ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2.3 Urine amphetamine ☐ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2.3 CBC ☐ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2.4 Chest X-ray ☐ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2.5 ตาบอดสี ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ.....

2.6 การได้ยิน หู 2 ข้าง ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ.....

สรุปความเห็นจากแพทย์ผู้ตรวจ

.....
.....
.....

ประทับตรา
โรงพยาบาล

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : ให้ดำเนินการตรวจร่างกาย เจาะเลือดและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน (ไม่รับพิจารณาผลการตรวจจากคลินิก)