



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

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, พุดติด อ่าง) **ขอตรวจการได้ยินโดยวิธีส้อมเสียงและขอระบุผลการตรวจด้วย**			
๓.	ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน, ขี้ด, ผื่น)			
๔.	ระบบทางเดินหายใจ			
๕.	ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
๖.	ระบบทางเดินอาหาร			
๗.	ระบบประสาท			
๘.	กระดูกสันหลังและแขนขา (กระดูกสันหลังหัก คงความสามารถของนิ้วมือนิ้วเท้ามือเท้าแขนขา)			

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