



NurseCMU

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการผู้สานฝันฉันทายากเป็นพยาบาล

(Born to be NURSE)

TCAS รอบที่ ๑ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

รูปถ่าย
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....เพศ () ๑.ชาย () ๒.หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีที่ตรวจสุขภาพ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ส่วนที่ ๑ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน(สำหรับผู้สมัครกรอก)

ผู้สมัครเคยมีหรือมีโรค /อาการหรือภาวะการเจ็บป่วย/การได้รับการรักษา/การใช้ยา ดังต่อไปนี้หรือไม่

๑) มี	๒) ไม่มี	๓) ไม่แน่ใจ		อธิบายรายละเอียด
[]	[]	[]	๑. ไข้หวัด	.....
[]	[]	[]	๒. หอบหืด	.....
[]	[]	[]	๓. ไอเป็นเลือด	.....
[]	[]	[]	๔. วัณโรคปอด	.....
[]	[]	[]	๕. ความดันโลหิตสูง	.....
[]	[]	[]	๖. โรคเบาหวาน	.....
[]	[]	[]	๗. โรคลมชัก	.....
[]	[]	[]	๘. โรคหัวใจ	.....
[]	[]	[]	๙. โรคไตวายเรื้อรัง	.....
[]	[]	[]	๑๐. ตัวเหลืองตาเหลือง	.....
[]	[]	[]	๑๑. ไข้เลือด	.....
[]	[]	[]	๑๒. พิษสุราเรื้อรัง	.....
[]	[]	[]	๑๓. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	.....
[]	[]	[]	๑๔. ได้รับการผ่าตัด	.....
[]	[]	[]	๑๕. ยาที่ใช้ประจำ	.....
[]	[]	[]	๑๖. อื่น ๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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