



แบบตรวจสอบสุขภาพร่างกาย

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน ..... เพศ ( ) 1 ชาย ( ) 2 หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจสุขภาพ.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย / การได้รับการรักษา / การใช้อาหารดังต่อไปนี้หรือไม่

1) มี	2) ไม่มี	3) ไม่แน่ใจ	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. น้ำหนัก ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. หอบหืด ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ไอเป็นเลือด ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. วัณโรคปอด ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ความดันโลหิตสูง ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. โรคเบาหวาน ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. โรคลมชัก ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. โรคหัวใจ ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. โรคไตวายเรื้อรัง ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ตัวเหลือง ตาเหลือง ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ไข้เลือด ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. พิษสุราเรื้อรัง ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ได้รับการผ่าตัด ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ยาที่ใช้ประจำ ..... .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. อื่น ๆ ..... .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ .....

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายงานการตรวจสุขภาพนักเรียนมีจำนวน 2 หน้า ให้จัดพิมพ์หน้า-หลัง รวมเป็น 1 แผ่น ให้นักเรียนกรอกข้อมูลส่วนที่ 1 ติครูบถ่าย ล่วงหน้า

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต...../..... มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 1)

ความดันโลหิต...../..... มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 2)

ความดันโลหิต...../..... มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 3)

ลำดับ		1) ผิดปกติ	2) ปกติ	รายละเอียดความผิดปกติ
1	ระบบสายตา (สายตาสั้น/ยาว/เอียง, ตาเข)			
2	ระบบหู คอ จมูก (หูหนวก, หูตึง, หนองหู, เป็นไข, ฟูดไม่ชัด ฟูดติดอ่าง)			
3	ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน, ซีด, ผื่น)			
4	ระบบทางเดินหายใจ			
5	ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
6	ระบบทางเดินอาหาร			
7	ระบบประสาท			
8	กระดูกสันหลังและแขนขา (กระดูกสันหลังหัก คด งอ ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขนขา)			

ความเห็นของแพทย์

- 1) สุขภาพมีปัญหาเรื่อง.....
- 2) สุขภาพปกติสมบูรณ์

แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

## ส่วนที่ 3 การตรวจตาบอดสี การวัดระดับการมองเห็น (สำหรับแพทย์กรอก)

3.1 การตรวจตาบอดสี

สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ ตาขวา...../12 PLATES ตาซ้าย ...../12 PLATES

การแปลผล ตาขวา  1) บอดสี  2) ไม่บอดสี ตาซ้าย  1) บอดสี  2) ไม่บอดสี

3.2 การวัดระดับการมองเห็น

VA ตาขวา (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../..... VA with pinhole ตาขวา (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../.....

VA ตาซ้าย (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../..... VA with pinhole ตาซ้าย (ใส่แว่น / คอนแทคเลนส์) ...../.....

ส่วนที่ 4 การตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA : UP RIGHT) (ผลการตรวจดังเอกสารแนบ)

ส่วนที่ 5 การตรวจการติดเชื้อและตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี (ผลการตรวจดังเอกสารแนบ)

สรุปความเห็น : เห็นว่าตรวจสุขภาพ

- มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคที่จะเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยฯ
- มีสิ่งผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัยฯ โดยตรวจพบสิ่งผิดปกติดังนี้

ประทับตราโรงพยาบาล

ลงลายมือชื่อ .....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ (กรุณาอ่านรายละเอียดที่ปรากฏ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น)

- แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น เท่านั้น
- ผู้ที่เข้ารับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐฯ เท่านั้น
- แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
- ต้องนำผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนด ของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2562 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น มายื่นต่อคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ในวันสอบสัมภาษณ์