



(ประทับตราโรงพยาบาล)

รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการสอบคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาใน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ - สกุล..... เพศ () ชาย () หญิง
วัน - เดือน - ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน
H.N. วัน - เดือน - ปี ที่ตรวจ.....

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

(สำหรับผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง)

ท่านเคยมีอาการหรือโรคดังต่อไปนี้หรือไม่

	มี	ไม่มี
1. โรคหัวใจหรือเหนื่อยง่ายผิดปกติ	()	()
2. โรคหอบหืด	()	()
3. ไอเรื้อรัง หรือไอเป็นเลือด	()	()
4. วัณโรคปอด	()	()
5. อาการตัวเหลือง และ/หรือ ตาเหลือง	()	()
6. อาการซีด	()	()
7. อาการบวม	()	()
8. อาการชัก	()	()
9. อาการปวดศีรษะบ่อย/เป็นประจำ	()	()
10. โรคเบาหวาน	()	()
11. ภาวะความดันโลหิตสูง	()	()
12. หูน้ำหนวก	()	()
13. ตาบอดสี	()	()
14. ติดสุรา	()	()
15. ติดยาเสพติด	()	()
16. กระดูกหักหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ถ้ามี ระบุ)	()	()
17. ภาวะที่ต้องรับการผ่าตัดรักษา (ถ้ามี ระบุ)	()	()
18. อื่นๆ (ระบุ)		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ผู้เข้ารับการตรวจ.....
(.....)
...../...../.....

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

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

1. Vital signs : PR = ครั้ง/นาที BP =/..... mmHg
2. General appearance :
- Pallor ไม่มี มี ระบุ
 - Jaundice ไม่มี มี ระบุ
 - Edema ไม่มี มี ระบุ
 - Deformities ไม่มี มี ระบุ
 - Skin lesion ไม่มี มี ระบุ
3. HEENT normal abnormal ระบุ
4. Oral cavity normal abnormal ระบุ
- Oral Thrush ไม่มี มี ระบุ
5. Breath sound normal abnormal ระบุ
6. Heart sound normal abnormal ระบุ
- Heart murmur ไม่มี มี ระบุ
7. Abdomen normal abnormal ระบุ
- Liver (palpation) normal abnormal ระบุ
- Spleen (palpation) normal abnormal ระบุ
8. Extremities normal abnormal ระบุ
9. Cervical node normal abnormal ระบุ
10. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ไม่มี มี ระบุ
11. ความพิการทางร่างกาย ไม่มี มี ระบุ
12. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- CBC normal abnormal ระบุ
 - Urine examination normal abnormal ระบุ
13. ผลรังสีวินิจฉัยทรวงอก (CXR) normal abnormal ระบุ (Finding & Diagnosis).....

สรุปผลการตรวจร่างกาย ปกติ ผิดปกติ

ต้องตรวจเพิ่มเติมในเรื่อง.....

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ.....

(.....)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ส่วนที่ 3 การตรวจเพิ่มเติม

การตรวจตาและการมองเห็น (สำหรับแพทย์กรอก)

1. Visual acuity normal abnormal ระบุ

- ความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40

ไม่มี มี ระบุ

2. Color blindness ไม่มี มี ระบุ

- กรณีพบว่ามีตาบอดสี ระดับความรุนแรงโดยใช้ FARNSWORTH D 15 hue test

ผลการตรวจ FARNSWORTH D 15 hue test ปกติ (ตาบอดสีระดับไม่รุนแรง)

ผลการตรวจ FARNSWORTH D 15 hue test มีเส้นตัดขวางน้อยกว่า 10 เส้น (ตาบอดสีระดับปานกลาง)

ผลการตรวจ FARNSWORTH D 15 hue test มีเส้นตัดขวางมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เส้น (ตาบอดสีระดับรุนแรง)

สรุปผลการตรวจ (สำหรับแพทย์กรอก)

ผล normal abnormal ระบุ (Finding & Diagnosis).....

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

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ.....

(.....)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

หมายเหตุ

1.ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจ

2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลของรัฐ

3. นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์

ในกรณีสอบสัมภาษณ์ออนไลน์ ขอให้ส่งใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ มายังคณะทันตแพทยศาสตร์ ก่อนวันสอบสัมภาษณ์
ที่อยู่ดังนี้

หน่วยกิจการนักศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตู้ไปรษณีย์เลขที่ 17 ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112