

รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย (โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน)
ในการรับนักเรียนมูลนิธิส่งเสริมโอลิมปิกวิชาการเข้าศึกษาในคณะวิศวกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยวิธีพิเศษ

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สาขาวิชา.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนนอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี

อธิบายรายละเอียด

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | หอบหืด (Asthma)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคลมชัก (Epilepsy)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | หูน้ำหนวก (Otorrhea)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ไส้เลื่อน (Hernia)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | อื่นๆ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูงเซนติเมตร ความดันโลหิต.....mm.Hg
ชีพจร.....ครั้ง / นาที

2. เอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray.....)

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

3. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.....ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย

เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด /ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง