



รายงานผลการตรวจสอบสุขภาพ
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณารับเข้าศึกษาในสถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
ประจำปีการศึกษา 2565

ชื่อ - สกุล ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
หมายเลขโทรศัพท์.....เรียนที่ ☐ แฉ่งวัฒนะ ☐ หน่วยการเรียนรู้จังหวัด.....
สมัครสอบคัดเลือก คณะ.....สาขาวิชา.....
รายงานตัววันที่.....สถานที่.....จังหวัด.....
โรคประจำตัว (ถ้ามี) โปรดระบุ.....

ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

1. ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray)
☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ โปรดระบุ.....
2. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ โปรดระบุ.....
3. ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)
☐ ไม่พบ ☐ พบ โปรดระบุ.....
4. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Amphetamine)
☐ ไม่พบ ☐ พบ โปรดระบุ.....
5. ตรวจวัดสายตาบอดสี (Vision Test)
☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่.....

ณ สถานที่ตรวจ.....ได้ตรวจร่างกายให้แก่ นาย/นาง/นางสาว.....

เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ที่มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ ไม่ปรากฏอาการและแสดงอาการของโรคดังต่อไปนี้

(กรุณาทำเครื่องหมาย / ในวงกลม กรณีปรากฏอาการของโรค)

- | | |
|--|--|
| ☐ หอบหืด/ภูมิแพ้ | ☐ ตัวเหลือง ตาเหลือง |
| ☐ โรคติดยาเสพติดให้โทษ | ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| ☐ วัณโรคปอด | ☐ โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ |
| ☐ โรคลมชัก | ☐ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| ☐ หูหนวก | |

สรุปความเห็นแพทย์

- ☐ 1. สุขภาพปกติแข็งแรงสมบูรณ์สามารถเรียน และฝึกปฏิบัติงานในสถานประกอบการได้
- ☐ 2. สุขภาพมีปัญหาเรื่อง (โปรดระบุ)

ขอรับรองข้อความข้างต้นว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ แพทย์ผู้ตรวจ.....

(.....)

(.....)

วันที่

วันที่

หมายเหตุ : 1. ในรายงานผลการตรวจสอบสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ มีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ และแนบผลการตรวจของทางโรงพยาบาลด้วย
2. ให้นักศึกษาสำเนารายงานผลการตรวจสอบสุขภาพเก็บไว้ 1 ฉบับ ก่อนส่งต้นฉบับ