

ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล

มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2562

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (นพ.,พญ.).....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ได้ตรวจร่างกาย

นาย,นาง,นางสาว.....หลักสูตร/สาขาวิชา.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  ----แล้วปรากฏดังนี้

- ประวัติโรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....
- ปกติ  ผิดปกติ/พิการ ระบุ.....

- สัญญาณชีพ ความดันโลหิต.....ม.ม.ปรอท ชีพจร..... ครั้งต่อนาที

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่า BMI.....

การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น ระบุ.....		
<b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>		
- CBC	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
- U/A	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
- Chest X-ray	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
<b>การตรวจร่างกาย</b>		
● การตรวจตา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
● การตรวจสายตา (Visual acuity) ไม่ใส่แว่น Rt .....Lt .....ใส่แว่น Rt .....Lt .....		
● การตรวจตาบอดสี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
● การตรวจหู คอ จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
● การตรวจการได้ยิน โดยส้อมเสียง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
● การตรวจปอด และหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและแสดงของโรคตามมาตรา 7 (ข)(2) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน ในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2549 ได้กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ที่เข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา ว่าต้องไม่เป็นโรคตามที่กำหนดในกฎ ก.พ.อ. ในคราวประชุมครั้งที่ 10/2549 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2549 ได้พิจารณาแล้วมีมติโรคต้องห้าม ดังนี้

1. วัณโรคในระยะอันตราย
2. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
3. โรคพิษสุราเรื้อรัง
4. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
5. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการตรวจร่างกายตามคำสั่งของมหาวิทยาลัย

(.....) รับเข้าศึกษา (.....) ไม่สมควรรับเข้าศึกษา.....

.....