

ใบรายงานการตรวจสุขภาพสำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2563

ติดรูปถ่าย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาง/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □□-□□□□-□□□□□-□□-□

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

สอบได้คณะ..... สาขาวิชา.....

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนนอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่

| มี | ไม่มี | รายละเอียด |
|-----|-------|---|
| () | () | 1.1 โรคเรื้อน |
| () | () | 1.2 โรคหืด |
| () | () | 1.3 วัณโรคปอด..... |
| () | () | 1.4 ความดันโลหิตสูง..... |
| () | () | 1.5 โรคเบาหวาน..... |
| () | () | 1.6 โรคลมชัก..... |
| () | () | 1.7 โรคไตวายเรื้อรัง..... |
| () | () | 1.8 กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ..... |
| () | () | 1.9 ได้รับการผ่าตัด..... |
| () | () | 1.10 อุบัติเหตุและผ่าตัด..... |
| () | () | 1.11 ยาที่ใช้ประจำ..... |
| () | () | 1.12 อื่น ๆ..... |

เหตุผลในการเลือกศึกษาในวิชาชีพทันตแพทย์

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนิสิต

(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

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

นาย,นาง,นางสาว..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

แล้วปรากฏดังนี้ น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่า BMI.....ความดันโลหิต.....mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

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

| การตรวจ | ปกติ | ผิดปกติ | รายละเอียดความผิดปกติ |
|---|------|---------|-----------------------|
| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบผลแสดงข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม) | | | |
| CBC | | | |
| U/A | | | |
| Chest X-ray | | | |
| การตรวจร่างกาย | | | |
| 1. การตรวจตา (สายตาสั้น/ ยาว/ เอียง/ ตาเข) | | | |
| 2. การวัดระดับการมองเห็น (visual acuity) ไม่ใส่แว่น Rt Lt ใส่แว่น Rt..... Lt..... | | | |
| 3. การตรวจตาบอดสี สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ Rt...../12 PLATES Lt...../12 PLATES | | | |
| 4. การตรวจหู คอ จมูก (หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก เป็นโบ พูดไมซ์ต พูดติดอวาง) | | | |
| 5. การตรวจการได้ยิน โดยลอมเสียง | | | |
| 6. การตรวจระดับการได้ยินของหูข้างที่ต่ำกว่าเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000 เฮิร์ต <input type="checkbox"/> 40 เดซิเบลหรือน้อยกว่า <input type="checkbox"/> สูงกว่า 40 เดซิเบล | | | |
| 7. การตรวจความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) <input type="checkbox"/> ร้อยละ 70 หรือน้อยกว่า <input type="checkbox"/> สูงกว่าร้อยละ 70 | | | |
| 8. ระบบปอดและทางเดินหายใจ | | | |
| 9. ระบบหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| 10. ระบบประสาท | | | |
| 11. การดูกลิ่นหลังและขา (การดูกลิ่นหลังหัก คด งอ ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ เท้า แขน ขา) | | | |
| การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น | | | |

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และไม่ปรากฏอาการและแสดงของโรคตามมาตรา 7 (ข)(2) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน ในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ. 2549 ได้ กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ที่เข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษาว่าต้องไม่เป็นโรคตามที่กำหนดใน กพอ. ในคราวประชุม ครั้งที่ 10/2549 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2549 ได้พิจารณาแล้วมีมติโรคต้องห้าม ดังนี้

1. วัณโรคในระยะอันตราย
2. โรคติดเชื้อเสียดโลหิต
3. โรคพิษสุราเรื้อรัง
4. โรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
5. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัดหรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- สุขภาพปกติ สมบูรณ์ เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- สุขภาพมีปัญหาเรื่อง.....แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย
- สุขภาพปัจจุบันไม่อำนวยต่อการเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ เนื่องจาก.....

แพทย์ผู้ตรวจร่างกายวันที่ตรวจ.....

(.....) โปรดประทับตราโรงพยาบาล

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการการตรวจร่างกายตามคำสั่งของมหาวิทยาลัย

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