



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2567

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว/นาง).....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

มี ไม่มีอธิบายรายละเอียด

หอบหืด (Asthma).....

ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....

ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....

วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....

ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....

โรคลมชัก (Epilepsy).....

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....

หูน้ำหนวก (Otorrhea).....

กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident).....

ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....

อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริง และรับทราบว่าหากมีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดบังข้อมูล
ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพ
จากการเป็นนิสิตต่อไป

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

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์
คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และศิลปกรรมศาสตร์ (เฉพาะหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต) คณะสหเวชศาสตร์
และคณะสาธารณสุขศาสตร์

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ โรงพยาบาล

ได้ตรวจร่างกายผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว)

แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว กก. ความสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

ผลการตรวจร่างกายทั่วไปตามระบบ

General appearance ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

HEENT ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

Visual acuity Right.....c glass.....c PH..... / Left.....c glass.....c PH.....

Respiratory system ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

Cardiovascular system ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

Abdomen ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

Neurological system ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

Skin and musculoskeletal ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ผลการตรวจภาพรังสีปอด (Chest x-ray)

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) อื่น ๆ (ถ้ามี)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....
.....

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

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันสอบสัมภาษณ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์
คณะสหเวชศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์



รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2567
(เฉพาะหลักสูตร.....)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว/นาง).....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี.....
ที่อยู่ที่ติดต่อดีสะดวก
สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ โรงพยาบาล
ได้ตรวจร่างกายผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว)
แล้วเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีรายละเอียดดังนี้

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก

(เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
- มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร (ระบุ)
 - มีระดับการได้ยินที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตส์ สูงกว่า 40 เดซิเบล
 - ความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) < 70%
จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss)
- อื่น ๆ (ระบุ)

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

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก

2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์

คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ (เฉพาะหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร
ทางเภสัชกรรม) คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และศิลปกรรมศาสตร์ (เฉพาะหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต) คณะสหเวชศาสตร์
และคณะสาธารณสุขศาสตร์



รายงานการตรวจตาบอดสี

สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2567

(เฉพาะหลักสูตร.....)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว/นาง).....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อดี.....

ที่อยู่ที่ติดต่อดีสะดวก

สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....โรงพยาบาล

ได้ตรวจร่างกายผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว)

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียดดังนี้

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

ผลการตรวจตาบอดสี สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ Rt...../12 PLATES Lt...../12 PLATES

สรุปผลการตรวจตาบอดสี

ไม่เป็นตาบอดสี

มีตาบอดสี (ระบุ)

* หากผลการตรวจตาบอดสี ผิดปกติ สำหรับหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ ให้ตรวจตาด้วยวิธี FARNSWORTH D 15 hue test เพิ่มเติม

ระบุผล.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามจักษุแพทย์

2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์

คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ (เฉพาะหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์
เครื่องสำอาง) คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และศิลปกรรมศาสตร์ (เฉพาะหลักสูตร
สถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต) คณะสหเวชศาสตร์ (เฉพาะหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์)
และคณะสาธารณสุขศาสตร์