



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี  
มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2568

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

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

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

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

สมัครเข้าศึกษาในคณะ.....หลักสูตร.....

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

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

มี  ไม่มีมืออธิบายรายละเอียด

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 และรับทราบว่าจะหากมีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนิสิตต่อไป

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

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) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ 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



รายงานการตรวจตาบอดสี

สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2568

(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