



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2569

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 และรับทราบว่าหากมีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล
ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพ
จากการเป็นนิสิตต่อไป

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

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



รายงานการตรวจตาบอดสี

สำหรับผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพะเยา ประจำปีการศึกษา 2569

(เฉพาะหลักสูตร.....)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครกรอก

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

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

ที่อยู่ติดต่อดีสะดวก

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