Self-certificate

Faculty of Pharmacy, Mahidol University

(Student fills out this section) National ID / passport No.....

Name.....

Sex ☐ Male ☐ Female

My name is .....

I confirm that I do not have any of the following conditions, currently.

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. ติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคจิตเภท (psychosis)
5. โรคเรื้อน (Leprosy)
6. โรคมะเร็งหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงอื่นๆที่ยังรักษาไม่หายขาด (Other active cancer or serious infectious diseases).....

I hereby declare any other diseases (if any), ...

.....

Student signature.....

(.....)

<u>หมายเหตุ:</u> การให้ข้อมูลเท็จและการทุจริตในการส่งสิ่งตรวจจะมีผลทำให้สิ้นสภาพนักศึกษาได้

Note: Giving false information and sending fraud specimens will result in termination of student status.

Student Health Record Form

Faculty of Pharmacy, Mahidol University

National ID / passport No.....

Name.....

Sex ☐ Male ☐ Female

Date of examination.....

1	Height.....cm	Weight.....kg	BMI...../m^2	BP...../.....mmHg	Pulse...../min	BT.....°C
2	Eye examination* : Responsible person's name.....code.....					
	Vision : RE.....c glass.....c PH..... / LE.....c glass.....c PH.....					
	Color Blindness test: Rt. eye : ☐Normal ☐ Abnormal Lt. eye : ☐Normal ☐ Abnormal	Please attach results of Ishihara test and Farnsworth D-15 hue test				
3	Hearing: Tuning forks test :					
	Air cond. > Bone cond.	Rt. ☐ Normal ☐ Abnormal / Lt. ☐ Normal ☐ Abnormal				
	Weber's test lateralizing to	☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Center				
4	General appearance	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	HEENT	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Superficial Lymph nodes	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Respiratory system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Cardiovascular system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Abdomen	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Neurological system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Skin and musculoskeletal	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Mental health status	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
5	CXR *	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
6	Others					

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....

Hospital stamp
ประทับตรา
โรงพยาบาล

Physician Signature.....

(.....)

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....

Hospital.....

หมายเหตุ: * กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่างๆมาด้วยมาด้วย (Please attach the official examination results; Eye examination, CXR (report and film or CD), and others)