



Self-certificate Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital

(Students fill out this section)

National ID/ passport No.....

Name.....

Sex Male Female

My name is..... I confirm that at this time I do not have any of the following conditions currently.

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. โรคติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคจิตเภท (psychosis)
5. โรคเรื้อน (Leprosy)
6. โรคอื่นๆ (Other diseases).....

Student sign.....

(.....)

หมายเหตุ: การให้ข้อมูลเท็จและการทุจริตในการส่งสิ่งตรวจจะมีผลทำให้สิ้นสภาพนักศึกษาได้

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

Student Health Check Record Form

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital



National ID/ passport No.....

Name.....

Sex Male Female

Date exam.....

1	Height.....cms.	Weight.....kgs.	BMI...../m2	BP.....mmHg	Pulse...../min	BT.....°C
2	Eye exam*: Responsible person's Signature.....code.....					
	Vision: RE..... c glass.....c PH..... / LE.....c glass.....c PH.....					
	Color Blindness test: Rt. eye: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Lt. eye: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal			Please attach Ishihara and FRANSWORTH D 15 hue test		
3	Hearing: Tuning fork test:					
	Air cond. > Bone cond.			Rt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal / Lt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		
	Weber's test lateralizing to			<input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Center		
4	General appearance		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.1 HEENT		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.2 Superficial Lymphnodes		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.3 Respiratory system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.4 CVS		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.5 Abdomen		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.6 Neurological system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.7 Skin and musculoskeletal system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	4.8 Mental health status		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
5	CXR *		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
6	6.1 โรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg*		<input type="checkbox"/> ไม่ติดเชื้อ (Negative)		<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ (Positive)	
	6.2 ภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี Anti -HBsAb*		<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน (Positive)		<input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน (Negative)	
	6.3 โรคไวรัสตับอักเสบบี Anti HCV Ab*		<input type="checkbox"/> ไม่ติดเชื้อ (Negative)		<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ (Positive)	
	6.4 โรคไวรัสอีสุกอีใส VZV antibody IgG*		<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน (Positive)		<input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน (Negative)	
* เนื่องจากมีระยะเวลาในการตรวจจำกัด สำหรับรายการตรวจในข้อที่ 6 สามารถส่งผลการตรวจในวันรายงานตัวได้*						
7	Others					

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....

.....



Physician Signature.....

(.....)

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....

Hospital.....

หมายเหตุ: * กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่าง ๆ มาด้วย (Please attach the examination results: CXR (report and Film or CD), Eye exam and other)