



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. ดิตยาเสพติด (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.....

(.....)

หมายเหตุ: 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:		Please attach results of Ishihara test and Farnsworth D-15 hue test			
	Rt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	Lt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
3	Hearing: Tuning forks 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.....				
	HEENT	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Superficial Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Respiratory system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Cardiovascular system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Neurological system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Skin and musculoskeletal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
	Mental health status	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
5	CXR *	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....				
6	Others					

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....



Physician Signature.....

(.....)

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....

Hospital.....

หมายเหตุ: * กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่างๆมาด้วย (Please attach the official examination results;

Eye examination, CXR (report and others)

* แบบฟอร์มการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน