ใบแสดงผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษา หลักสูตรระดับปริญญาตรี
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อ (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ บ้านเลขที่..... ..หมู่ที่.....
ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล..... ...
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.... .....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....

สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2567 รอบที่ .....

โดยปรากฏผลการตรวจ ดังนี้

1. ผลการตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

☐ ร่างกายสมบูรณ์ สามารถสมัครเข้าศึกษาได้

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่ ..... .

.....

2. ผล X-ray ปอด

☐ ปกติ

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่ .....

.....

3. ผลตรวจปัสสาวะ (สารเสพติดในปัสสาวะ)

☐ ไม่พบสารเสพติด

☐ พบสารเสพติด ได้แก่ .....

.....

4. ผลตรวจตาบอดสี

☐ ปกติ

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่ .....

....

ผลการตรวจร่างกายโดย (นายแพทย์/แพทย์หญิง) ....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

โรงพยาบาล/คลินิก.....โทรศัพท์ .....

ลงชื่อ.....

(.....) ตัวบรรจง

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ.....

หมายเหตุ : 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิกใกล้บ้าน ใบผลตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน