ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีการศึกษา.....

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ – สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี

เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด .....โทรศัพท์มือถือ .....อีเมล์.....

สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS

ปีการศึกษา.....รอบที่..... ☐ Portfolio ☐ Quota.....

☐ Admissions

โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ผลตรวจร่างกายทั่วไป

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

☐ ร่างกายสมบูรณ์

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผลตรวจ x-ray ปอด ☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลตรวจตาบอดสี ☐ ไม่เป็นตาบอดสี

☐ มีตาบอดสี โปรดระบุ .....ระดับเล็กน้อย .....ระดับปานกลาง .....ระดับรุนแรง

4. ผลตรวจปัสสาวะ ☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

5. ผลตรวจการได้ยิน ☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....

ประทับตราโรงพยาบาล

ลงชื่อ .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ ...../...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจาก**<u>โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น</u>** โดยใบรับรองแพทย์ต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ