



รายงานผลการตรวจร่างกาย

สำหรับผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์
ประจำปีการศึกษา 2567

สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาว.....
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|-------------------------------|--|
| 1. ตาบอดสี | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... |
| 2. ความพิการทางสายตา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... |
| 3. Chest X-ray | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... |
| 4. การได้ยิน | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... |
| 5. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... |

พิจารณาผลการตรวจร่างกายแล้ว ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์มีสุขภาพ สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....

ขอรับรองว่าได้รับการตรวจร่างกายที่สถานพยาบาลจริงทุกประการ ลงชื่อ..... (.....) ผู้รับการตรวจร่างกาย

ขอรับรองว่าผ่านการตรวจร่างกายจริงทุกประการ ลงชื่อ..... (.....) แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

โปรดประทับตราโรงพยาบาล