



แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพร่างกาย
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ประจำปีการศึกษา 2568

ส่วนที่ 1 (นักเรียนเป็นผู้กรอก)

ชื่อ – สกุล นาย นางสาว

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน – เดือน – ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สาขาวิชา.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1.ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการหรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

| มี | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หอบหืด (Asthma)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคลมชัก (Epilepsy)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หุน้ำหนวก (Otorrhea)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไส้เลื่อน (Hernia)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

1. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....mm.Hg ชีพจร.....ครั้ง / นาที

2. เอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray.....)

.....
.....
.....

3. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคकुดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ตาบอดสี
- หูหนวก

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
 - ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ:

ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้สมัครสอบคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน ได้ทุกแห่งและนำไปรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นพร้อมเอกสารการสมัคร