



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. ติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคทางจิตเวช (psychosis)
5. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคเท้าช้าง, โรคคุดคระราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ, โรคซิฟิลิสในระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง, โรควัณโรค และโรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
6. โรคไม่ติดต่อ หรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้รับบริการและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
7. มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
8. มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
9. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ ระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40 ที่ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
10. โรคมะเร็งหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงอื่นๆที่ยังรักษาไม่หายขาด (Other active cancer or serious infectious diseases).....
11. โรค หรือ ความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

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: Rt. eye : ☐ Normal ☐ Abnormal Lt. eye : ☐ Normal ☐ Abnormal Please attach results of Ishihara test and Farnsworth D-15 hue test					
3	Hearing: Tuning forks test :					
	Air cond. > Bone cond.	Rt. ☐ Normal ☐ Abnormal / Lt. ☐ Normal ☐ Abnormal				
	Weber's test lateralizing to	☐ Rt. ☐ Lt. ☐ Center				
4	General appearance	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	HEENT	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Superficial Lymph nodes	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Respiratory system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Cardiovascular system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Abdomen	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Neurological system	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Skin and musculoskeletal	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
	Mental health status	☐ Normal ☐ Abnormal.....				
5	CXR *	☐ Normal ☐ 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