



ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ระบบ TCAS ปีการศึกษา 2569

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร

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

เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด

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

โทรศัพท์มือถือ เป็นผู้สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระบบ TCAS ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 2 Quota โครงการ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองประวัติสุขภาพตนเอง ดังนี้

1. โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
2. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (3 ปี ที่ผ่านมา) ไม่เคย เคย ระบุ.....
3. เคยรับการตรวจปัญหาทางจิตเวชหรือไม่ ไม่เคย เคย ผลการตรวจ คือ.....

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์

โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร ความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท
 ร่างกายสมบูรณ์
 พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผลการตรวจเลือด Complete Blood Count (CBC).....

3. ผล X-Ray ปอด ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. ผลการตรวจตาบอดสี ไม่เป็นตาบอดสี
 มีตาบอดสี โพรตระกูลระดับเล็กน้อยระดับปานกลางระดับรุนแรง

5. ผลการตรวจปัสสาวะ Urine Analysis (U/A) ปกติ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

วันที่ตรวจ/...../.....

- หมายเหตุ :
1. โปรดประทับตราสถานพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ
 2. ตรวจร่างกายจากสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยใบรับรองผลการตรวจต้องมีอายุไม่เกิน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ
 3. หากผลตรวจร่างกายพบความผิดปกติในเบื้องต้น ให้ตรวจเพิ่มเติมอย่างละเอียด และส่งหลักฐานการตรวจมาด้วย