



แบบฟอร์มการตรวจร่างกาย

สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประจำปีการศึกษา 2570

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้สมัครกรอกข้อมูลก่อนเข้ารับการตรวจร่างกาย)

ข้าพเจ้าชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว)..... อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด.....
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้..... เป็นผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี
คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในหลักสูตร (ทำเครื่องหมาย ✓)

- | | |
|--|---|
| ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมคอมพิวเตอร์) | ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมไฟฟ้า) * |
| ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมเคมี) | ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมโยธา) |
| ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมเคมีและกระบวนการ นานาชาติ) | ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมอุตสาหการ) * |
| ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมเครื่องกล) | ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมอุตสาหการและการผลิต นานาชาติ) * |
| ☐ วศ.บ. (วิศวกรรมชีวการแพทย์ นานาชาติ) * | |

เคยมีหรือมีโรค/อาการหรือภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้

- | มี | ไม่มี | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| ☐ | ☐ | หอบหืด |
| ☐ | ☐ | วัณโรค |
| ☐ | ☐ | โรคลมชัก |
| ☐ | ☐ | ความดันโลหิตสูง |
| ☐ | ☐ | โรคเบาหวาน |
| ☐ | ☐ | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ |
| ☐ | ☐ | ได้รับการผ่าตัด |
| ☐ | ☐ | โรคจิตเวชต่าง ๆ |
| ☐ | ☐ | อื่น ๆ |

ค่าใช้จ่ายการตรวจร่างกาย (โดยประมาณ) ณ โรงพยาบาลรัฐในเวลาราชการ
- ค่าบริการ 100 บาท
- ค่าใบรับรองแพทย์ 30 บาท
- ตรวจตาบอดสี 30 บาท
- ตรวจ x-ray ปอด 250 บาท
รวมค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 380 บาท
(หรือ 410 บาท สำหรับสาขาวิชาที่กำหนดให้ตรวจตาบอดสี)
***ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายจริงขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการตรวจร่างกาย

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและครบถ้วนสมบูรณ์ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังหรือบิดเบือนข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ และจะไม่เรียกร้องสิทธิใด ๆ ในภายหลัง

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจร่างกาย

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ : *สาขาวิชาที่จำเป็นต้องตรวจตาบอดสี

โปรดตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น และประทับตราโรงพยาบาลส่วนลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจ โดยแบบฟอร์มการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน จัดพิมพ์แบบหน้า-หลัง รวมเป็น 1 แผ่นและนำมาในวันสอบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 (สำหรับแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย)

1. ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

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

☐ ร่างกายสมบูรณ์

☐ พบสิ่งผิดปกติได้แก่.....

2. ผล X-ray ปอด

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจตาบอดสี

☐ ไม่เป็นตาบอดสี ☐ มีตาบอดสีระดับเล็กน้อยระดับปานกลางระดับรุนแรง

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....

ณ โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

โทรศัพท์..... เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

และเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ รวมถึงไม่ปรากฏอาการและแสดงอาการของโรคดังต่อไปนี้

☐ โรคผิวหนังที่สามารถติดต่อผ่านการสัมผัสได้

☐ วัณโรค

☐ โรคจิตเวชต่าง ๆ

☐ ตาบอดสี

จึงขอสรุปว่า

☐ เหมาะสมที่จะศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย

☐ ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ : *สาขาวิชาที่จำเป็นต้องตรวจตาบอดสี

โปรดตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น และประทับตราโรงพยาบาลส่วนลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจ โดยแบบฟอร์มการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน จัดพิมพ์แบบหน้า-หลัง รวมเป็น 1 แผ่นและนำมาในวันสอบสัมภาษณ์