



ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ปีการศึกษา.....

ข้อมูลผู้สมัคร

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

เลขที่บัตรประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด

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

จังหวัด..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ระบบ TCAS

ปีการศึกษา.....รอบที่..... ☐ Portfolio ☐ Quota.....

☐ Admissions

โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

1. ผลตรวจร่างกายทั่วไป

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

☐ ร่างกายสมบูรณ์

☐ พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

2. ผลตรวจ x-ray ปอด

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลตรวจตาบอดสี

☐ ไม่เป็นตาบอดสี

☐ มีตาบอดสี โปรดระบุ.....ระดับเล็กน้อย.....ระดับปานกลาง.....ระดับรุนแรง

4. ผลตรวจปัสสาวะ

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

5. ผลตรวจการได้ยิน

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....

แพทย์ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

โรงพยาบาล..... ที่ตั้ง.....

..... โทรศัพท์.....



ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ : 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยใบรับรองแพทย์ต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันส่งผลการตรวจ