

**ใบรายงานผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาต่อ  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ประจำปีการศึกษา 2567**

คำชี้แจง ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิเข้าศึกษา ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ทั้งนี้ให้นำเอกสารฉบับนี้ส่งไปที่ฝ่ายวิชาการคณะที่เข้ารับการการศึกษา

**ส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัว (เขียนตัวบรรจง)**

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (นาย/นางสาว) .....อายุ .....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สาขาที่สอบสัมภาษณ์.....คณะที่สอบสัมภาษณ์ .....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....

โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้.....

1. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี โปรดระบุ.....
2. การสูบบุหรี่  ไม่สูบ  สูบ  ไม่ประจำ  ทุกวัน.....มวนต่อวัน  ต้องการเลิก
3. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่  ไม่มี  มี
4. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่  ไม่มี  มี

**ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกาย (แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล)**

1. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ.....

ที่อยู่ เลขที่ .....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

2. ผล X-ray ปอด  ปกติ  พบสิ่งผิดปกติ ได้แก่.....

3. ผลการตรวจตา (เฉพาะสาขาที่ต้องใช้ผลการตรวจตาบอดสี)

ตาไม่บอดสี  ตาบอดสี (ระบุสีที่บอด).....

4. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ใบอนุญาตเลขที่ .....ออกให้ ณ วันที่ เดือน ปี .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....เมื่อวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

สัญญาณชีพ ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม./ปรอท น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.

มีความเห็นว่า นาย/นางสาว.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่ออย่างร้ายแรง

โรคที่สงสัยหรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการศึกษา โดยไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

- 4.1 โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 4.3 โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม  
4.2 วัณโรคในระยะอันตราย 4.4 อื่นๆ (ถ้ามี).....

5. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

.....  
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ ...../...../.....

หมายเหตุ : โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

ใบรายงานนี้ อ้างอิงจากใบรับรองแพทย์ของมตติคณะกรรมการแพทยสภา