



สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง วิทยาเขตชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
เอกสารการตรวจร่างกายผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ
ระดับปริญญาตรี

ประวัติส่วนตัว (สำหรับนักศึกษา)				
1. ☐ นาย ☐ นางสาว ชื่อ (ตัวบรรจง).....นามสกุล..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน..... สาขาวิชา.....				
2. เกิดวันที่/...../.....อายุ.....ปี.....เดือน				
3. หมูโลหิต ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ ☐ ไม่ทราบ				
4. ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่เคยแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ แพ้ยา (ถ้าทราบโปรดระบุ).....				
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักศึกษา)				
ให้ทำเครื่องหมาย ☒ ในช่อง ☐ ว่าเคยหรือมีโรค อากา และภาวะความเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่				
โรค	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	อธิบายรายละเอียด
1. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	☐	☐	☐	
2. ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	☐	☐	☐	
3. หอบหืด (Asthma)	☐	☐	☐	
4. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)	☐	☐	☐	
5. ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
6. โรคลมชัก (Epilepsy)	☐	☐	☐	
7. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	☐	☐	☐	
8. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)	☐	☐	☐	
9. ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)	☐	☐	☐	
10. อื่น ๆ (ระบุรายละเอียด).....				

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....(ลายเซ็น)

()

ชื่อนักศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายงานผลการตรวจร่างกาย (หน้านี้สำหรับแพทย์)

ให้นักศึกษาทำการตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ตรวจ กรอกรผลการตรวจและลงนามให้เรียบร้อย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

โดยมีผลการตรวจดังนี้

1. PHYSICAL EXAMINATION

HEIGHT.....cms. WEIGHT.....kgs.

BLOOD PRESSURE...../.....mmHg. PULSE RATE.....per min

Part Examined	Normal	Abnormal	Remarks
1.1 Skin			
1.2 Eyes			
1.3 Color Blindness			
1.4 Eye Sight Left..... Right..... ☐ without glasses ☐ with glasses ☐ with contact lens			
1.5 Ears			
1.6 Nose			
1.7 Mouth - throat			
1.8 Neck			
1.9 Lymph Nodes			
1.10 Heart			
1.11 Lungs			
1.12 Abdomen			
1.13 Extremities			
1.14 Nervous System			
1.15 Others			

2. CHEST X - RAY

Finding.....
.....

3. CONCLUSION ☐ Healthy ☐ Acceptable ☐ to be corrected

4. ตรวจเลือดหาสารเสพติด.....
☐ Other comment.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

