



สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง วิทยาเขตชุมพรเขตรอุดมศักดิ์
เอกสารการตรวจร่างกายผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ
ระดับบัณฑิตศึกษา

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. หอบหืด (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. โรคลมชัก (Epilepsy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. อื่น ๆ (ระบุรายละเอียด).....			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

.....(ลายเซ็น)

()

ชื่อนักศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายงานผลการตรวจร่างกาย (หน้านี้สำหรับแพทย์)

ให้นักศึกษาทำการตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ตรวจ กรอกผลการตรวจและลงนามให้เรียบร้อย

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..... <input type="checkbox"/> without glasses <input type="checkbox"/> with glasses <input type="checkbox"/> 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
 Other comment.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล