



รายงานการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ปอด

การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2562

โครงการปกติและโครงการพิเศษ ศึกษาที่ท่าพระจันทร์ ศูนย์รังสิต ศูนย์ลำปาง และศูนย์พัทยา

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิเข้าศึกษา ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน เท่านั้น โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ทั้งนี้ให้นำเอกสารฉบับนี้ไป Scan ส่งเป็น PDF ไฟล์ ให้สำนักงานทะเบียนนักศึกษา ตามรายละเอียดในปฏิทินกิจกรรมนักศึกษาใหม่

ข้อมูลส่วนตัว ประวัติส่วนตัว (เขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-สกุล นาย นางสาว.....

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ..... ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....การสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ O ไม่ประจำ O ทุกวัน.....มวนต่อวัน O ต้องการเลิกการดื่มสุรา ไม่ดื่ม ดื่ม O ครั้งคราว O ทุกวัน.....ต่อวัน

ข้อมูลส่วนตัว 2 ผลการตรวจร่างกาย (แพทย์เป็นผู้กรอก)

1. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ

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

จังหวัด..... เลขที่ผู้ป่วย (H.N.)..... วัน เดือน ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....

2. ผลเอกซเรย์ปอด ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก3. ผลตรวจปัสสาวะ (Amphetamine) ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

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

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

สัญญาณชีพ ชีพจร ครั้ง/นาที ความดันโลหิต..... มิลลิเมตร/ปรอท น้ำหนัก..... กิโลกรัม ความสูง..... ซม.

มีความเห็นว่า นาย/นางสาว เป็นผู้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อ

อย่างร้ายแรง โรคที่ส่งผลกระทบต่อ หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการศึกษา โดยไม่ปรากฏอาการและอาการแสดง

ของโรค ดังต่อไปนี้

4.1 โรคเรื้อน 4.4 โรคพิษสุราเรื้อรัง 4.7 กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง

4.2 วัณโรคในระยะอันตราย 4.5 ดาบอดลี 4.8 โรคผิวหนังอันเป็นที่รังเกียจ

4.3 โรคติดเชื้อเสียดใจให้โทษ 4.6 หูหนวก

5. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

 เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย. ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล



Medical Examination Report

For Candidates to Study in Thammasat University 2019

English/International programmes Thaprachan, Rangsit ,Lampang, Pattaya

Please read the instruction carefully before completing this form.

All incoming students, who have passed the final selection process and have received the announcement, are required to undertake a medical physical examinations and chest x-rays at any public or private hospital. The Medical Examination Report form must be filled out by the responsible doctor with an official hospital logo stamp along with the doctor's signature. It is important that all sections are completed including medical history and the physical examination.

Please ensure that this form is attached to the last page of the University Registration documents. This completed form must be submitted to the Office of the Registration (REG) by the 2018 Admission schedule. This document must be uploaded as a PDF file format (Adobe Portable Document Format) ONLY. We reserve the right to reject the form if there is an evidence that false information are submitted in the Medical Examination Report form or any supporting documents.

Part 1 For Candidate

Name [] Mr. [] Miss
Date of Birth Age.....years
Personal identification number/Passport number..... Issued by (country)..... Expiry date.....
Health Data Underlying disease [] No [] Yes (Specify).....
Smoking [] No [] Yes O often O everyday.....cigarette(s)/day O willing to quit smoking
Drinking (Alcohol) [] No [] yes O often O everyday.....drink(s)/day

Part 2 For Physician

1. Name of Hospital.....
AddressStreet.....Sub-district..... District.....
Province..... (H.N.)..... Date of examination (Day/Month/Year).....
2. Chest X-ray: [] Normal [] Abnormal (Specify)
3. Urinary analysis: (Amphetamine) [] Normal [] Abnormal (Specify)
4. Physical examination result
I am (Name)..... Medical license number Issued at (Day/Month/Year).....
Has examined Mr./Miss.....on date (Day/Month/Year)..... Results as descriptions below.
Vital signs: Pulse/min Blood pressure mmHg Weight..... Kg Height..... cm
This is to certify that (patient's name) Mr./Miss He/she is not suffering from following;
4.1 Leprosy 4.2 Tuberculosis 4.4 Chronic Alcoholism 4.6 Deafness 4.8 Active unacceptable skin lesions
4.2 Tuberculosis 4.3 Drug Addiction 4.5 Color blindness 4.7 Syphilis with active skin lesions
5. Results [] 5.1 The student is appropriate to study in the university
[] 5.2 The student is not appropriate to study in the university Specify.....

(Signature).....M.D.

(.....)

Medical Licence No.....

Physician (Hospital logo stamp Here)