



รายงานประวัติการตรวจร่างกายของผู้ผ่านข้อเขียนทางวิชาการ
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เข้ารับการตรวจ

ชื่อ-สกุล : (นาย/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด :/...../..... อายุ:..... ปี

หมู่เลือด..... ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ชื่อผู้ปกครอง..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่มีประวัติสุขภาพเป็นโรคต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. ติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคทางจิตเวช (Psychosis)
5. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้แก่ โรคเท้าช้าง, โรคคุดทะราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ, โรคซิฟิลิสในระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง, โรควัณโรค และโรคเรื้อนในระยะแสดงอาการ
6. โรคไม่ติดต่อ หรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้รับบริการและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
7. มีความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
8. มีความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (Speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
9. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ ระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40 ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม
10. โรคมะเร็งหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงอื่นๆ ที่ยังรักษาไม่หายขาด (Other active cancer or serious infectious diseases) ถ้ามีโปรดระบุ.....
11. โรค หรือ ความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ถ้ามีโปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ

วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจ

สถานที่ตรวจโรงพยาบาล.....

ชื่อ-นามสกุล..... เพศ ชาย หญิง

ข้อ	รายการตรวจ	รายละเอียด / ผลการตรวจ
1	สัญญาณชีพ	Height.....cm Weight.....kg BMI...../m ² BP...../.....mmHg Pulse...../min BT.....°C
2	Eye examination* Responsible person's name.....code.....	
	Vision	RE.....c glass.....c PH..... LE.....c glass.....c PH.....
	Color Blindness test	Rt. eye : [] Normal [] Abnormal Lt. eye : [] Normal [] Abnormal (Please attach results of Ishihara test and Farnsworth D-15 hue test)
3	Hearing: Tuning forks test	
	Air cond. > Bone cond.	Rt. [] Normal [] Abnormal Lt. [] Normal [] Abnormal
	Weber's test lateralizing to	[] Rt. [] Lt. [] Center
4	General appearance	[] Normal [] Abnormal.....
	HEENT	[] Normal [] Abnormal.....
	Superficial Lymph nodes	[] Normal [] Abnormal.....
	Respiratory system	[] Normal [] Abnormal.....
	Cardiovascular system	[] Normal [] Abnormal.....
	Abdomen	[] Normal [] Abnormal.....
	Neurological system	[] Normal [] Abnormal.....
	Skin and musculoskeletal	[] Normal [] Abnormal.....
	Mental health status	[] Normal [] Abnormal.....
5	CXR *	[] Normal [] Abnormal.....
6	อื่นๆ

ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจ (ต่อ)

ข้อคิดเห็นของแพทย์.....
.....
.....
.....



แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

(ลงชื่อ).....

(.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่ทำการตรวจร่างกาย...../...../.....

หมายเหตุ: 1. * กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่างๆ มาด้วย (Please attach the official examination results; Eye examination, CXR (report and others)

2. แบบฟอร์มการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน