



แบบกรอกประวัติสุขภาพ
ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2567
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่เกิด.....จังหวัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ระบบสอบคัดเลือกประเภท TCAS รอบที่ 2 : ☐ โควตา
☐ New tract
TCAS รอบที่ 3 : ☐ กสพท
☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

- ☐ ยังมีชีวิตอยู่
☐ มีโรคประจำตัว (ระบุ).....
☐ ไม่มีโรคประจำตัว
☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

- ☐ ยังมีชีวิตอยู่
☐ มีโรคประจำตัว (ระบุ).....
☐ ไม่มีโรคประจำตัว
☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษากรอก)

ท่านเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด (หากมี)
☐	☐	หอบหืด.....
☐	☐	ความดันโลหิตสูง.....
☐	☐	ไอเป็นเลือด.....
☐	☐	วัณโรคปอด.....
☐	☐	ตัวเหลือง ตาเหลือง.....
☐	☐	โรคลมชัก.....
☐	☐	โรคเบาหวาน.....
☐	☐	หุนหวกหรือหูดึง.....
☐	☐	ไส้เลื่อน.....
☐	☐	กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....
☐	☐	ได้รับการผ่าตัด.....
☐	☐	โรคไตวายเรื้อรัง.....
☐	☐	โรคหัวใจ.....
☐	☐	โรคเลือด.....
☐	☐	ภูมิแพ้.....
☐	☐	โรคต่อมไทรอยด์.....
☐	☐	อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากตรวจพบภายหลังว่า ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

บิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครอง



แบบตรวจสุขภาพร่างกาย

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2567

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

(แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้กรอก)

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....นามสกุล.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 สถานที่ปฏิบัติงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 ได้ทำการตรวจร่างกายของ.....แล้วได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซ.ม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท. ชีพจร.....ครั้ง/นาที

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|--|-----------|
| - ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะแขนและมือ | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะขาและเท้า | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - กระดูกและกล้ามเนื้อ | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การออกเสียงพูด | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะในช่องปาก | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะผิวหนัง | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การมองเห็น | | | |
| • ตาขวา | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| | | ☐ แก้ไขได้ด้วยการใส่แว่นสายตา | |
| • ตาซ้าย | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| | | ☐ แก้ไขได้ด้วยการใส่แว่นสายตา | |
| - การตรวจตาบอดสี | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การรับรู้รส | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การได้ยิน | | | |
| • หูขวา | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| • หูซ้าย | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - หัวใจ | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ปอด | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ช่องท้อง | ☐ ปกติ | ☐ ผิดปกติ | ระบุ..... |

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ Urine analysis (UA) ระบุค่า

ผลการตรวจ SP.gr.....pH.....Protein.....
Glucose.....Ketone.....Urobilinogen.....
Bilirubin.....Blood.....Leukocyte.....
Nitrite.....WBC.....RBC.....
Squamous epithelial cell.....Bacteria.....

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ Complete blood count (CBC) ระบุค่า

ผลการตรวจ HB.....Hct.....MCV.....
MCH.....MCHC.....Pit.....
Wbc.....อื่น ๆ.....

ผลการตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี

☐ มี ☐ ไม่มี

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ประวัติโรคประจำตัว

☐ มี ☐ ไม่มี ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นางสาว.....นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ : (กรุณาอ่านรายละเอียดที่ปรากฏ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น)

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เท่านั้น

2. ผู้ที่จะเข้ารับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐฯ เท่านั้น

3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายมือชื่อของ แพทย์ผู้ตรวจกำกับ

4. ต้องนำผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนดของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2567 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร