



แบบกรอกประวัติสุขภาพ  
ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568  
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  
TCAS รอบที่ 3 : ☐ กสพท  
TCAS รอบที่ 4 : ☐ รับตรงอิสระ  
☐ 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 (สำหรับผู้มีสิทธิเข้าศึกษากรอก)

ท่านเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

| มี                       | ไม่มี                    | อธิบายรายละเอียด (หากมี)            |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หอบหืด.....                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ความดันโลหิตสูง.....                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไอบ่อย.....                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | วัณโรคปอด.....                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง.....             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคลมชัก.....                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเบาหวาน.....                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หุนหวกหรือหูด.....                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไส้เลื่อน.....                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ได้รับการผ่าตัด.....                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคไตวายเรื้อรัง.....               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคหัวใจ.....                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเลือด.....                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ภูมิแพ้.....                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคต่อมไทรอยด์.....                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ (ระบุ).....                  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากตรวจพบภายหลังว่า ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิจากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

บิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครอง