แบบตรวจสุขภาพร่างกาย

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568

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)

<u>หมายเหตุ : (กรุณาอ่านรายละเอียดที่ปรากฏ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น)</u>

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เท่านั้น

2. ผู้ที่จะเข้ารับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย ณ **<u>โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐฯ</u>** เท่านั้น

3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมี**<u>ตราประทับของโรงพยาบาล</u>** และต้องมี**<u>ลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจ</u>**กำกับ

4. ต้องนำผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนดของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร