

รายงานการตรวจสอบสุขภาพผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าศึกษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

ติด
รูปถ่าย
3x4 ซม.

ผู้สอบผ่านการสอบข้อเขียนเข้าศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ไปรับการตรวจร่างกายและถ่ายเอกซเรย์จากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ และให้นำเอกสารชุดนี้ (ทั้งหมดรวม ๒ หน้า) ส่งคืนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วันสอบสัมภาษณ์ (รายละเอียดดูที่ www.dentistry.tu.ac.th)

ข้อมูลส่วนที่ ๑ (นักเรียนเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)

๑.๑ ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ ปี จังหวัดที่เกิด

สถานที่ตรวจสุขภาพ จังหวัด

๑.๒ ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทำเครื่องหมาย X ลงใน () ว่านักเรียนมีหรือไม่มีโรค รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ ดังต่อไปนี้ พร้อมระบุรายละเอียด (ถ้ามี)

- | มี | ไม่มี | |
|-----|-------|---|
| () | () | พิการทางร่างกาย |
| () | () | สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ |
| () | () | ติดยาเสพติด |
| () | () | โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| () | () | โรคเท้าช้าง |
| () | () | โรคเรื้อน |
| () | () | ลมชัก |
| () | () | โรคหัวใจ |
| () | () | วัณโรค |
| () | () | โรคเบาหวาน |
| () | () | ความดันโลหิตสูง..... |
| () | () | โรคไต |
| () | () | ตาบอดสี |
| () | () | สายตาสั้นผิดปกติ (เช่น สายตาสั้น) |
| () | () | หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก |
| () | () | เป็นไข้ พูดไม่ซัด ติดอ่าง |
| () | () | โรคตีขี้มัน ตับอักเสบ |
| () | () | โรคไส้เลื่อน |
| () | () | อุบัติเหตุ กระดูกหัก |
| () | () | เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ |
| () | () | อื่น ๆ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ากรณีมีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ลงลายมือชื่อ (นักเรียน)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลส่วนที่ ๒ (แพทย์เป็นผู้กรอก)

๒.๑ การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก..... ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิ องศา C
ชีพจร ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิตmm.Hg
ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานวิชาชีพผู้ช่วยทันตกรรม

.....
.....
.....

ระบบ	ปกติ	ผิดปกติ	รายละเอียด
ตา			
หู คอ จมูก			
ผิวหนัง			
ทางเดินหายใจ			
หัวใจและหลอดเลือด			
ทางเดินอาหาร			
ประสาท			

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
(.....) วันที่
และโปรดประทับตราโรงพยาบาลฯ กำกับ

๒.๒ การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

.....
.....
.....

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
(.....) วันที่
และโปรดประทับตราโรงพยาบาลฯ กำกับ

๒.๓ การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
(.....) วันที่
และโปรดประทับตราโรงพยาบาลฯ กำกับ