

แบบรายงานการตรวจสุขภาพ

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ประจำปีการศึกษา 2566

ติครูปถ่าย

หน้าตรง

ขนาด 2 นิ้ว

ข้อมูลส่วนตัว 1 (ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตัวอักษรบรรจง)

1.1 ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล.....
 วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เลขที่ใบสมัคร.....
 สถานที่ตรวจสุขภาพ..... จังหวัด.....

1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบันทำเครื่องหมาย ลงในช่องมีหรือไม่มีโรครวมทั้งภาวะความเจ็บป่วยและความพิการดังต่อไปนี้

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	พิการทางร่างกาย	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ติดยาเสพติด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคพิษสุราเรื้อรัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สูบบุหรี่	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเรื้อน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลมชัก	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรค	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาบอดสีชนิดรุนแรง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สายตาสั้น (เช่นสายตาสั้น)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระดับการมองเห็นเมื่อได้รับการ แก้ไขตามหลักเกณฑ์มาตรฐาน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระดับการได้ยินผิดปกติ	.....

- เป็นไข้ปวดไม่ชัดเจน
.....
- โรคระบบทางเดินหายใจแบบเรื้อรัง
.....
- โรคผิวหนังอักเสบ
.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงข้าพเจ้ายินดีให้คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสยามตัดสิทธิ์การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสยาม

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบรายงานการตรวจสุขภาพ
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ประจำปีการศึกษา 2566

ติดยุโรปถ่าย

หน้าตรง

ขนาด 2 นิ้ว

ข้อมูลส่วนตัว 2 (แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล)

2.1 ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอทซีพจร.....ครั้ง/นาที

	ปกติ	ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะรูปร่างบุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จมูก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมทอนซิล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลักษณะทรวงอกและระบบหายใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การตรวจท่อน้ำนม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....

โรคเรื้อรังประจำตัวที่ตรวจพบ ระบุ.....

.....

2.2 การตรวจตา

2.2.1 การตรวจการมองเห็น

การมองเห็น (VA) ตาขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

การมองเห็น (VA) ตาซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

2.3 ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM: UP RIGHT)

.....

.....

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

.....

.....

2.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Urine analysis (UA)

Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

Complete blood count (CBC)

Hemoglobin ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

Hematocrit ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

Red blood cell morphology ปกติ

Anisocytosis ผิดปกติ ระบุ.....

Poikilocytosis ผิดปกติ ระบุ.....

Hypochromia ผิดปกติ ระบุ.....

Microcytosis ผิดปกติ ระบุ.....

Macrocytosis	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
White blood cell count		
Neutrophil	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Basophil	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Eosinophil	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Lymphocyte	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Monocyte	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Platelets count	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Anti-HIV	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	ระบุ.....
HBsAg	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	ระบุ.....
Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 โรงพยาบาล..... ประทับตราโรงพยาบาล.....

ความเห็นผลการตรวจร่างกายทั้งหมดโดยคณะกรรมการสอบคัดเลือกฯ

ผ่าน ไม่ผ่าน

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....