



รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษาในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
ประจำปีการศึกษา 2569

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว

โรงเรียน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

- | มี | ไม่มี | รายละเอียด |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคเท้าช้าง (Filariasis) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคลมชัก (Epilepsy) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ติดยาเสพติด (Drug Addiction) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคจิตเภท (Psychosis) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคเรื้อน (Leprosy) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรควัณโรคในระยะอันตราย (Advanced Pulmonary Tuberculosis) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ (Yaws) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคซิฟิลิสในระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง (Syphilis) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคมะเร็งหรือโรคติดเชื้อร้ายแรงอื่นๆที่ยังรักษาไม่หายขาด (Other active cancer or serious infectious diseases) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | อื่นๆ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่มีจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษาในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
ประจำปีการศึกษา 2569

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว

โรงเรียน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....

1	Height.....cm	Weight.....kg	BMI...../m ²	BP...../.....mmHg	Pulse...../min	BT.....°C
2	Eye examination* : Responsible person's name.....code.....					
	Vision : RE.....c glass.....c PH..... / LE.....c glass.....c PH.....					
	Color Blindness test: Rt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Lt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		Note: Please attach results of Ishihara test			
3	Hearing: Tuning forks test : Rt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal / Lt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal					
4	General appearance	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	HEENT	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Superficial Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Respiratory system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Cardiovascular system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Neurological system	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Skin and musculoskeletal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
	Mental health status	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
5	CXR*	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				
6	Others					

ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย / นางสาว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย

ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย

เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง หรือโรงพยาบาลเอกชน ให้แล้วเสร็จและนำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพมาส่งตามระยะเวลาที่กำหนด
- กรุณานำแบบผลการตรวจรายการต่างๆ มาด้วย