



รายงานการตรวจสุขภาพผู้ผ่านการสอบข้อเขียนเพื่อเข้าศึกษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2568

ผู้สอบผ่านการสอบข้อเขียนเข้าศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ไปรับการตรวจร่างกายและถ่ายเอกซเรย์จาก
โรงพยาบาลของรัฐ โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อ
แพทย์ผู้ตรวจ และให้นำเอกสารชุดนี้ (ทั้งหมดรวม 3 หน้า) ส่งคืน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในวันสอบสัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนตัว 1 (นักเรียนเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)

1.1 ประวัติส่วนตัว ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ..... ปี จังหวัดที่เกิด.....
สถานที่ตรวจสุขภาพ..... จังหวัด.....

1.2 ประวัติการป่วย ให้นักเรียนทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ว่านักเรียนมีหรือไม่มีโรค รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ
ดังต่อไปนี้ พร้อมระบุรายละเอียด (ถ้ามี)

ไม่	ไม่มี		มี	ไม่มี	
()	()	พิการทางร่างกาย.....	()	()	โรคไต.....
()	()	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์.....	()	()	ตาบอดสี.....
()	()	ติดยาเสพติด.....	()	()	สายตาไม่ปกติ (เช่น สายตาสั้น).....
()	()	โรคพิษสุราเรื้อรัง.....	()	()	หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก.....
()	()	โรคเท้าช้าง.....	()	()	เป็นไข้ พุคไม่ซัด ติดอ่าง.....
()	()	โรคเรื้อน.....	()	()	โรคตีชาน ตับอักเสบ.....
()	()	ลมชัก.....	()	()	โรคไส้เลื่อน.....
()	()	โรคหัวใจ.....	()	()	อุบัติเหตุ กระดูกหัก.....
()	()	วัณโรค.....	()	()	เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่.....
()	()	โรคเบาหวาน.....	()	()	อื่น ๆ.....
()	()	ความดันโลหิตสูง.....			

อาการป่วยในอดีตที่รักษาหายแล้ว.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ากรณีมีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง
ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ลงลายมือชื่อ (นักเรียน).....
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้อมูลส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

2.1 การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส (Celsius)
ชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mm.Hg

ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานวิชาชีพทันตกรรม

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

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

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ.....
(.....)

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
วันที่.....

และโปรดประทับตราโรงพยาบาลฯ กำกับ

2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

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

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

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

2.3 การตรวจตาบอดสี

ตรวจโดยให้นักเรียนอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

นักเรียนสามารถอ่านได้ถูกต้อง จำนวน.....PLATES

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

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

2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

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