

**รายงานการตรวจสุขภาพผู้สมัครเพื่อเข้าศึกษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569**

ติด
รูปถ่าย
3x4 ซม.

ผู้สมัครเข้าศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ไปรับการตรวจร่างกาย และถ่ายเอกซเรย์จากโรงพยาบาลของรัฐ โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ข้อมูลส่วนที่ 1 (นักศึกษาเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)

1.1 ประวัติส่วนตัว

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

1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทำเครื่องหมาย X ลงใน () ว่านักศึกษามีหรือไม่มีโรค

รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ ดังต่อไปนี้ พร้อมบรรยายละเอียด (ถ้ามี)

มี ไม่มี

- | | | |
|-----|-----|-------------------------------------|
| () | () | พิการทางร่างกาย |
| () | () | สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ |
| () | () | ลมชัก |
| () | () | ความดันโลหิตสูง |
| () | () | ตาบอดสี |
| () | () | สายตาผิดปกติ (เช่น สายตาสั้น) |
| () | () | หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก |
| () | () | เป็นไข้ พุดไม่ชัด ติดอ่าง |
| () | () | โรคผิวหนัง ดับอักเสบบ |
| () | () | อื่น ๆ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ากรณีมีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ลงลายมือชื่อ (นักศึกษา)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

2.1 การตรวจร่างกาย

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

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

2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

.....

.....

.....

.....

การแปลผล

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

(.....) วันที่

และโปรดประทับตราโรงพยาบาล กำกับ

2.3 การตรวจตาบอดสี

ตรวจโดยให้นักศึกษาอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

นักศึกษาสามารถอ่านได้ถูกต้อง จำนวน..... PLATES

การแปลผล

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

(.....) วันที่

และโปรดประทับตราโรงพยาบาล กำกับ

2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

.....

(ลงชื่อ) แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

(.....) วันที่

และโปรดประทับตราโรงพยาบาล กำกับ