

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