



## 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