

รายงานการตรวจสุขภาพผู้ผ่านการสอบข้อเขียนเพื่อเข้าศึกษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2561

ติด
รูปถ่าย
3x4 ซม.

ผู้สอบผ่านการสอบข้อเขียนเข้าศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ไป
รับการตรวจร่างกายและถ่ายเอกซเรย์จากโรงพยาบาลของรัฐ โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจ
กรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ
และให้นำเอกสารชุดนี้ (ทั้งหมดรวม 3 หน้า) ส่งคืนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วัน
สอบสัมภาษณ์ (รายละเอียดดูที่ www.tu.ac.th/org/dentist)

ข้อมูลส่วนที่ 1 (นักเรียนเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)

1.1 ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุปี จังหวัดที่เกิด

สถานที่ตรวจสุขภาพจังหวัด

1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทำเครื่องหมาย X ลงใน () ว่านักเรียนมีหรือไม่มีโรค

รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยและความพิการ ดังต่อไปนี้ พร้อมระบุรายละเอียด (ถ้ามี)

มี ไม่มี

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่าการมีข้อมูลที่ไม่
เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ลงลายมือชื่อ (นักเรียน)

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 ความดันโลหิต mm.Hg
ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานวิชาชีพทันตกรรม

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

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

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

2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

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

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

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

2.3 การตรวจตาบอดสี

ตรวจโดยให้นักเรียนอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

นักเรียนสามารถอ่านได้ถูกต้อง จำนวน..... PLATES

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

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

2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล

ปกติ ผิดปกติ

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