

ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ข้อมูลส่วนตัว 1 (สำหรับนักเรียนกรอก)

ชื่อ-สกุล นาย/นางสาว วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน โทรศัพท์

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย โรงพยาบาล.....
ที่อยู่โรงพยาบาล.....

ข้อมูลส่วนตัว 2 (สำหรับโรงพยาบาลกรอก)

1. ผู้รับการตรวจร่างกาย น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง..... ซม.

ชีพจร ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกายผู้สมัครแล้ว เห็นว่าเป็นผู้มี
ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏ
อาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อน
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
6. โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการ
ปฏิบัติงานในหน้าที่

3. ผลการตรวจตาบอดสี

- () ไม่พบภาวะตาบอดสี () เป็นผู้มีภาวะตาบอดสีชนิดไม่รุนแรง
() เป็นผู้มีภาวะตาบอดสีชนิดรุนแรง

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- () สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย
() สุขภาพมีปัญหา แต่สามารถเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ หากได้รับการบำบัดดังนี้

- () สุขภาพมีปัญหา เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

วันที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(ประทับตราโรงพยาบาล)

วันที่.....