

3. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้าตรวจร่างกาย.....เขต หรือ อำเภอ.....
จังหวัด.....เลขที่ผู้ป่วย (H.N.) วัน เดือน ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....

4. เอกซเรย์ร่างกาย

ผลของ Chest x – ray
.....
.....

5. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่
ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ. ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.แล้วเห็นว่า นาย/นางสาว

เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบ จนไม่สามารถศึกษาได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มี ไม่มี โรค

อธิบายรายละเอียด

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคเรื้อน | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> วัณโรคในระยะอันตราย | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคติดยาเสพติดให้โทษ | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคจิตต่าง ๆ | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคकुठะราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ตาบอดสี | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หูหนวก | |

6. สรุปความเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก

(ลงนาม).....

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ
โปรดประทับตราโรงพยาบาล