

รายงานการตรวจสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกาย
การสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร
คณะเภสัชศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2568

รูปถ่ายขนาด
1 หรือ 1.5 นิ้ว

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้สอบผ่านข้อเขียนเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของ
รัฐบาล หรือโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจจรรยาบรรณการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้ง
ประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ส่วนในข้อ 1-2 ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและ
ให้นำเอกสารชุดนี้ส่งคืนมหาวิทยาลัยศิลปากร ในวันสอบสัมภาษณ์

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล นาย นางสาว(เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิดจังหวัดที่เกิด.....เลขที่ผู้สมัคร

2. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก) โดยทำเครื่องหมาย ลงใน นักเรียนเคยมี หรือมีโรค อาการ และภาวะการมี
เจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตรงตามความเป็นจริง)

<u>มี</u> <u>ไม่มี</u> <u>โรค</u>	<u>อธิบายรายละเอียด</u>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หอบหืด (Asthma)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี A, B
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคลมชัก (Epilepsy)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หูน้ำหนวก (Otorrhea)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน (Hernia)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ได้รับการผ่าตัด (surgical Operation)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านสุขภาพจิต
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่มีจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล
ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกนี้ แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากรแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็น
นักศึกษา

.....(ลายเซ็น)

(.....)

ชื่อ.....นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

เป็นผู้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน 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"/> ปัญหาด้านจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตราย
ต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคคุดทะราด 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