

2. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ความดันโลหิต.....mm.Hg ชีพจร.....ครั้ง/นาที

3. เอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray.....)

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

4. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต
เลขที่..... ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย [] นาย [] นางสาว.....เมื่อวันที่.....
เดือน.....พ.ศ..... แล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน
หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และปราศจากโรคดังต่อไปนี้

<u>มี</u>	<u>ไม่มี</u>	<u>อธิบายรายละเอียด</u>
[]	[]	โรคเรื้อน.....
[]	[]	วัณโรคในระยะอันตราย.....
[]	[]	โรคยาเสพติดให้โทษ.....
[]	[]	โรคพิษสุราเรื้อรัง.....
[]	[]	โรคจิตต่างๆ.....
[]	[]	โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ.....
[]	[]	กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง.....

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- [] เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- [] ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์จะต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
- ผู้ได้รับคัดเลือกต้องไปรับการตรวจร่างกายที่**โรงพยาบาลของรัฐ**และเอกชนเท่านั้น ห้ามตรวจที่คลินิก