



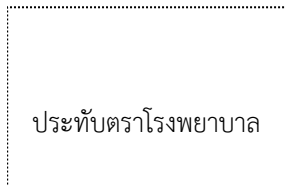
**แบบบันทึกการตรวจสุขภาพนักศึกษา**  
**สำหรับสมัครเข้าศึกษา รอบ 3 Admission ปีการศึกษา 2569**  
**หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาความผิดปกติของการสื่อความหมาย**  
**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

Id (เลขบัตรประชาชน)..... Name.....  
 Sex  Male  Female Date exam.....

1	Height.....cms.	Weight.....kgs	BMI...../m <sup>2</sup>	BP.....mm.Hg	Pulse...../min	BT.....°C
2	Eye exam* : : Physician Signature.....Code.....					
	Vision : RE..... c glass.....c PH...../ LE.....c glass..... c PH.....					
	Color Blindness test: Rt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Lt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal				} Please attach Ishihara and FRANSWORTH D 15 hue test	
3	General appearance	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.1 HEENT	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.2 Superficial Lymphnodes	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.3 Respiratory system	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.4 CVS	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.5 Abdomen	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.6 Neurological system	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.7 Skin and musculoskeletal system	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
	3.8 Mental health status	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4	CXR *	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal.....			
5	Others.....					

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....  
 .....



Physician Signature.....  
 (.....)

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....  
 Hospital.....

**หมายเหตุ :** \* กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่างๆ มาด้วย (Please attach the examination results: CXR (report and Film or CD), Eye exam, Audiogram and other)



## ใบรับรองแพทย์

วันที่ .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

เมื่อวันที่ ..... ขอรับรองว่า

นาย/นาง/นางสาว ..... ไม่เป็นโรคดังต่อไปนี้

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. โรคติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคจิต (psychosis)
5. โรคเรื้อน (Leprosy)
6. โรคอื่นๆ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย