



สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
เอกสารการตรวจร่างกายผู้ผ่านการสอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อ
ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2554

รหัสประจำตัวนักศึกษา

--	--	--	--	--	--	--	--

ประวัติส่วนตัว (สำหรับนักศึกษา)

1. ☐ นาย ☐ นางสาว ชื่อ(ตัวบรรจง)..... นามสกุล
- หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก 1..... 2..... 3.....
- คณะ ภาควิชา สาขาวิชา
2. เกิดวันที่ (เป็นตัวเลข)/...../..... อายุ ปี
3. หมูไคท ☐ เอ ☐ บี ☐ ซี ☐ ดี ☐ ไม่ทราบ
4. ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่เคยแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ แพ้ยา (ถ้าทราบโปรดระบุ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักศึกษา)

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ว่าเคยหรือมีโรค อาการ และภาวะความเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่

โรค	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ	อธิบายรายละเอียด
1. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	☐	☐	☐	
2. ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	☐	☐	☐	
3. หอบหืด (Asthma)	☐	☐	☐	
4. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)	☐	☐	☐	
5. ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
6. โรคลมชัก (Epilepsy)	☐	☐	☐	
7. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	☐	☐	☐	
8. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)	☐	☐	☐	
9. ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)	☐	☐	☐	
10. อื่น ๆ (ระบุรายละเอียด)				

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... (ลายเซ็น)

(.....)

ชื่อนักศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

***ให้นักศึกษาทำการตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน (ยกเว้นคลินิก) โดยให้นำเอกสารนี้ไป
ให้แพทย์ตรวจ กรอกผลการตรวจ ลงนามและประทับตราโรงพยาบาลให้เรียบร้อย เอกสารฉบับนี้จึงจะถือว่าสมบูรณ์***

ต่อด้านหลัง...

รายงานผลการตรวจร่างกาย (หน้านี้สำหรับแพทย์)

ให้นักศึกษาทำการตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน (ยกเว้นคลินิก) โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ตรวจ กรอกรายผลการตรวจและลงนามให้เรียบร้อย

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่
สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกายของ นาย / นางสาว

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

โดยมีผลการตรวจดังนี้

1. PHYSICAL EXAMINATION

HEIGHT cms. WEIGHT kgs.
BLOOD PRESSURE / mmHg. PULSE RATE per min

Part Examined	Normal	Abnormal	Remarks
1.1 Skin			
1.2 Eyes			
1.3 Ears			
1.4 Nose			
1.5 Mouth – throat			
1.6 Neck			
1.7 Lymph Nodes			
1.8 Heart			
1.9 Lungs			
1.10 Abdomen			
1.11 Extremities			
1.12 Nervous System			
1.13 Others			

2. CHEST X – RAY

Finding.....
.....

3. CONCLUSION ☐ Healthy ☐ Acceptable ☐ to be corrected
☐ Other comment.....
.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล