

แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพผู้ผ่านการคัดเลือก มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาใน  
มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสหเวชศาสตร์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกคณะสหเวชศาสตร์ ให้ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลหรือคลินิก โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องและนำผลการตรวจร่างกายนี้มาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล  นาย  นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด.....จังหวัดที่เกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ผ่านการคัดเลือกในโครงการ.....TCAS รอบที่.....

**ผ่านการคัดเลือกในสาขาวิชา**

สาขาวิชากายภาพบำบัด  สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์  สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์

สาขาวิชาพยาบาลวิทยาการวิภาค  สาขาวิชาโภชนบำบัดและการกำหนดอาหาร **(ไม่ต้องตรวจตาบอดสี)**

สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....ออกให้  
ณ วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....  
เมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเรื้อน.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคในระยะติดต่อ.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคติดเชื้อเสพติดให้โทษ.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคความดันโลหิตสูง.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไต.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาบอดสี.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ.....	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลมชัก.....	.....

พบว่า  ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น  
 เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาขังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูก ถอนสภาพการเป็นนิสิต