

แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพผู้ผ่านการคัดเลือก มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาใน
มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกในคณะพยาบาลศาสตร์ ให้ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลหรือคลินิก โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็น ของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องและนำผลการตรวจร่างกายนี้มาแสดงในวัน สอบสัมภาษณ์

1. ประวัติส่วนตัว

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

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

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

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ออกให้ ณ วันที่เดือนพ.ศ.ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว

เมื่อวันที่เดือนพ.ศ.....โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง
2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่จะมียผลต่อผู้รับบริการหรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร
3. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

(1) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรอง จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

(2) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ

(3) โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร

(4) ภาวะไตวายเรื้อรัง

(5) ติดสารเสพติดให้โทษ

4. ตาบอดสีชนิดรุนแรงทั้งสองข้าง

5. ความผิดปกติในการเห็นภาพโดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(1) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นตาแล้วยังมีสายตาดต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง

(2) สายตาข้างดี ต่ำกว่า 6/ 12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว

(3) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

6. หูหนวกหรือหูตึง (threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

7. โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการติดต่อสื่อสาร

พบว่า ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นที่จะถูกพิจารณา ตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาขงมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูก ถอนสภาพการเป็นนิสิต