

แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกาย
ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา
สาขาวิชาวิทยาการเดินเรือ คณะโลจิสติกส์

ติตรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

.....
ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกสาขาวิชาวิทยาการเดินเรือ คณะโลจิสติกส์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์
ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตรา
โรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ส่วนในข้อ 1-2 ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความ ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการ
และส่งเอกสารชุดนี้มายังคณะโลจิสติกส์ มหาวิทยาลัยบูรพา ภายในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยส่งมายังอีเมลล์
logacademic@gmail.com ติดต่อสอบถามหมายเลข 038-102222 ต่อ 3102

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล นาย นางสาว.....(เขียนตัวบรรจง)
วัน เดือน ปีเกิด.....จังหวัดที่เกิด.....รหัสประจำตัวประชาชน

2. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก) โดยทำเครื่องหมาย ลงใน นักเรียนเคยมี หรือ
มีโรค อาการ และภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตรงตามความเป็นจริง)

มี ไม่มีโรค

อธิบายรายละเอียด

- หอบหืด (Asthma).....
 ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....
 ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....
 วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....
 ไวรัสตับอักเสบบี A, B.....
 โรคลมชัก (Epilepsy).....
 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....
 หูน้ำหนวก (Otorrhea).....
 ไส้เลื่อน (Hernia).....
 กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident).....
 ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....
 ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)

อื่นๆ.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง
หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกนี้ แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยแล้ว
ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนิสิต

.....(ลายเซ็น)

(.....)

ชื่อผู้เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

3. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....เขต หรือ อำเภอ.....
จังหวัด.....เลขที่ผู้ป่วย (H.N.)วัน เดือน ปี ที่เข้าตรวจ ร่างกาย.....

4. เอ็กซเรย์ร่างกาย ผลของ chest x-ray
.....
.....
.....

5. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ออกให้
ณ วันที่เดือนพ.ศ.ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว
เมื่อวันที่เดือนพ.ศ.ผลการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว
พบว่า

มี ไม่มีโรค

อธิบายรายละเอียด

- ลมบ้าหมู (Epilepsy of Attacks).....
- โรคไต (Kidney Disease).....
- กามโรค (Venereal).....
- โรคลชัก (Seizures).....
- ยาเสพติด (Narcotics History).....
- วัณโรค (Tuberculosis).....
- HIV (not compulsory).....
- ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....
- โรคติดเชื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gastro-Intestinal Infection disease).....
- โรคอ้วน (Obesity).....
- โรคหัวใจ (Heart).....
- เบาหวาน (Diabetes).....
- โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเรื้อรัง(Chronic respiratory Disorder).....
- กระดูก-กล้ามเนื้อ (Muscular - skeletal).....
- มะเร็ง (Cancer).....
- ติดเชื้อที่ผิวหนัง (Skin disease).....
- โรคฟันชนิดเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาต่อการเคี้ยวและการย่อยอาหาร (Chronic dental and digestive System problems).....
- การตรวจสายตา.....
- การตรวจตาบอดสี.....
- การได้ยินของหูทั้ง 2 ข้าง.....

6. สรุปความเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัยเนื่องจาก.....
-

(ลงนาม)

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ 1. มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าจะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูก ถอนสภาพการเป็นนิสิต

2. หากผู้ผ่านการคัดเลือก ไม่ส่งผลการตรวจร่างกายนี้มายังอีเมลที่ระบุไว้ ตามวันที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา