

แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกาย
ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยบูรพา
สาขาวิชาวิทยาการเดินเรือ คณะโลจิสติกส์

ติดยุโรปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

.....
ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกสาขาวิชาวิทยาการเดินเรือ คณะโลจิสติกส์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ส่วนในข้อ 1-2 ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความ ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการ และส่งเอกสารชุดนี้ที่อาคารคณะโลจิสติกส์ ชั้น 2 มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ประวัติส่วนตัว

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

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

- | <u>มี</u> <u>ไม่มีโรค</u> | <u>อธิบายรายละเอียด</u> |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | หอบหืด (Asthma)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ไวรัสตับอักเสบบ A, B..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | โรคลมชัก (Epilepsy)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | หูน้ำหนวก (Otorrhea)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ไส้เลื่อน (Hernia)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | โรคหัวใจ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | อื่นๆ..... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกนี้ แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยแล้ว 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