ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) ปีการศึกษา 2570

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ส่วนที่1 ข้อมูลผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....

ข้าพเจ้าขอผลการรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ .....

ลงชื่อ.....วันที่ ....เดือน .....พ.ศ. .....

ส่วนที่ 2 ของแพทย์

สถานที่ตรวจ ..... วันที่ตรวจ .....

(1) ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....สถานพยาบาลชื่อ.....

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ..... โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังนี้

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง .....เซนติเมตร BMI..... ความดันโลหิต .....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....

ผลตรวจตาบอดสี ☐ ไม่เป็นตาบอดสี ☐ มีตาบอดสี

ผลตรวจการได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ เนื่องจาก .....

อาการของโรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือน หรือ ปัญญาอ่อน ☐ ไม่ปรากฏอาการ ☐ มีอาการ

อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง ☐ ไม่ปรากฏอาการ ☐ มีอาการ

ผลตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest x-ray) .....

ผลตรวจปัสสาวะ และ Urine pregnancy .....

(2) สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

หมายเหตุ : (1) โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ
(2) ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น