เลขทะเบียนนักศึกษา.....

รายงานผลการตรวจร่างกาย

การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระดับปริญญาตรี ประจำปีการศึกษา 2567

โครงการปกติและโครงการพิเศษ ทุกศูนย์การศึกษา ทั้งท่าพระจันทร์ ศูนย์รังสิต ศูนย์ลำปาง และศูนย์พัทยา

คำชี้แจง ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิเข้าศึกษา หากต้องเข้ารับการตรวจร่างกายให้ไปตรวจร่างกายที่ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราสถานพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค

ข้อมูลส่วนที่ 1 ประวัติส่วนตัว (เขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-สกุล ☐ **นาย** ☐ **นางสาว**.....

วัน เดือน ปีเกิด..... **อายุ**..... **ปี เลขประจำตัวประชาชน**.....

ข้อมูลทั่วไป **โรคประจำ ตัว** ☐ **ไม่มี** ☐ **มี ระบุ**.....

การสูบบุหรี่ ☐ **ไม่สูบ** ☐ **สูบ** O **ไม่ประจำ** O **ทุกวัน**.....**มวนต่อวัน** O **ต้องการเลิก**

การดื่มสุรา ☐ **ไม่ดื่ม** ☐ **ดื่ม** O **ครั้งคราว** O **ทุกวัน**.....**ต่อวัน**

ข้อมูลส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกาย (แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล)

1. **ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ** .....

ที่อยู่ เลขที่ .....**ถนน**.....**แขวง/ตำบล**.....**เขต/อำเภอ**..... **จังหวัด**.....

เลขที่ผู้ป่วย (H.N.).....**วัน เดือน ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย**.....

2. **ผลตรวจเอกซเรย์ปอด** ☐ **ปกติ** ☐ **ผิดปกติ เนื่องจาก** .....

3. **ผลการตรวจร่างกาย**

ข้าพเจ้า.....**ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

ใบอนุญาตเลขที่..... **ออกให้ ณ วันที่ เดือน ปี**.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....**เมื่อวันที่** ..... **เดือน**..... **พ.ศ**.....

สัญญาณชีพ ชีพจร .....**ครั้ง/นาที ความดันโลหิต** .....**มม./ปรอท น้ำหนัก**.....**กก. ส่วนสูง**.....**ซม.**

มีความเห็นว่า นาย/นางสาว .....**เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่ออย่างร้ายแรง โรคที่สังคมรังเกียจ หรือโรคสำคัญที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการศึกษา โดยไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้**

3.1 โรคเรื้อน

3.2 วัณโรคในระยะอันตราย

3.3 โรคติดยาเสพติดให้โทษ

3.4 โรคพิษสุราเรื้อรัง

3.5 โรคผิวหนังอันเป็นที่รังเกียจ

4. **สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์**

☐ **เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย**

☐ **ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก** .....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล