



แบบกรอกประวัติสุขภาพ

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2561

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่เกิด.....จังหวัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ระบบสอบคัดเลือกประเภท

 รับตรง (โควตา) รับตรง (โควตา) โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่ม กสพท. สกอ. อื่น ๆ (ระบุ).....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

 ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว (ระบุ)..... ไม่มีโรคประจำตัว ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

 ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว (ระบุ)..... ไม่มีโรคประจำตัว ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษากรอก)

ท่านเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	<u>อธิบายรายละเอียด (หากมี)</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หอบหืด.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคปอด.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลมชัก.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หุนหวกหรือหูดัง.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไส้เลื่อน.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ได้รับการผ่าตัด.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคไตวายเรื้อรัง.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภูมิแพ้.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคต่อมไทรอยด์.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

หากตรวจพบภายหลังว่า ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

บิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครอง



แบบตรวจสุขภาพร่างกาย

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2561

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

(แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้กรอก)

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....นามสกุล.....เลขที่ใบอนุญาต
ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ได้ทำการตรวจร่างกายของ.....แล้วได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซ.ม. ความดันโลหิต.....ม.ม.ปรอท. ชีพจร.....ครั้ง/นาที

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------|
| - ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะแขนและมือ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะขาและเท้า | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - กระดูกและกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การออกเสียงพูด | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะในช่องปาก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ลักษณะผิวหนัง | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การมองเห็น | | | |
| • ตาขวา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| • ตาซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การตรวจตาบอดสี | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การรับรู้รส | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - การได้ยิน | | | |
| • หูขวา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| • หูซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - หัวใจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ปอด | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| - ช่องท้อง | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

ปกติ ผิดปกติ Urine analysis (UA) ระบุค่า

ผลการตรวจ SP.gr.....pH.....Protein.....
Glucose.....Ketone.....Urobilinogen.....
Bilirubin.....Blood.....Leukocyte.....
Nitrite.....WBC.....RBC.....
Squamous epithelial cell.....Bacteria.....

ปกติ ผิดปกติ Complete blood count (CBC) ระบุค่า

ผลการตรวจ HB.....Hct.....MCV.....
MCH.....MCHC.....Pit.....
Wbc.....อื่น ๆ.....

ผลการตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี

มี ไม่มี

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

ประวัติโรคประจำตัว

มี ไม่มี ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นางสาว.....นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ : (กรุณาอ่านรายละเอียดที่ปรากฏ เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น)

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เท่านั้น

2. ผู้ที่จะเข้ารับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย ณ **โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐฯ** เท่านั้น

3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมี**ตราประทับของโรงพยาบาล** และต้องมี**ลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจ**กำกับ

4. ต้องนำผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนด ของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2561 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มายื่นต่อคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ในวันสอบสัมภาษณ์ 21 เมษายน 2561