



แบบบันทึกการตรวจสุขภาพนักศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาความผิดปกติของการสื่อความหมาย

Id (เลขบัตรประชาชน)..... Name.....
Sex Male Female Date exam.....

1	Height.....cms.	Weight.....kgs	BMI...../m ²	BP.....mm.Hg	Pulse...../min	BT.....°C
2	Eye exam* : Physician Signature.....Code.....					
	Vision : RE..... c glass.....c PH...../ LE.....c glass..... c PH.....					
	Color Blindness test: Rt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal Lt. eye : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		} Please attach Ishihara and FRANSWORTH D 15 hue test			
3	Hearing:Tuning fork test :					
	Air cond. > Bone cond.		Rt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal / Lt. <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal			
	Weber's test lateralizing to		<input type="checkbox"/> Rt. <input type="checkbox"/> Lt. <input type="checkbox"/> Center			
4	General appearance		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.1	HEENT		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.2	Superficial Lymphnodes		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.3	Respiratory system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.4	CVS		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.5	Abdomen		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.6	Neurological system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.7	Skin and musculoskeletal system		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
4.8	Mental health status		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
5	CXR *		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal.....			
6	โรคตับอักเสบ บี HBsAg*		<input type="checkbox"/> ไม่ติดเชื้อ(Negative)		<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ (Positive)	
	การมีภูมิคุ้มกัน Anti -HBs*		<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน		<input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน (Negative)	
	โรคตับอักเสบ ซี Anti HCV*		<input type="checkbox"/> ไม่ติดเชื้อ(Negative)		<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ (Positive)	
	โรคอีสุกอีใส VZV antibody IgG*		<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน		<input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน (Negative)	
7	ตรวจการได้ยิน (Audiometry)		<input type="checkbox"/> PTA (AC) ≤ 25 dB		<input type="checkbox"/> PTA (AC) > 25 dB	
	ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....					
8	Others.....					

Physician's conclusion of opinion and recommendations

.....
.....

ประทับตราโรงพยาบาล

Physician Signature.....
(.....)

Medical License Code (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม).....
Hospital.....

หมายเหตุ : * กรุณาแนบผลการตรวจรายการต่างๆ มาด้วย (Please attach the examination results: CXR (report and Film or CD), Blood exam, Eye exam, Audiogram and other)



หลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาความผิดปกติของการสื่อความหมาย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

(นักศึกษากรอกส่วนนี้)

HN.....

วันที่.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

เพศ ชาย หญิง

ข้าพเจ้า.....ขอยืนยันว่าขณะนี้ ข้าพเจ้าไม่มีภาวะ
ดังต่อไปนี้

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
2. โรคลมชัก (Epilepsy)
3. โรคติดยาเสพติด (Drug Addiction)
4. โรคจิต (psychosis)
5. โรคเรื้อน (Leprosy)
6. โรคอื่นๆ.....

ลงชื่อนักศึกษา.....

หมายเหตุ การให้ข้อมูลเท็จและการทุจริตในการส่งส่งตรวจจะมีผลทำให้สิ้นสภาพนักศึกษา