Patient ID: ....

ใบรับรองสุขภาพตนเองสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ – สกุล ....**อายุ**............**ปี** เพศ [ ] ชาย [ ] หญิง

เลขบัตรประจำตัวประชาชน...**วัน เดือน ปี (วันเข้ารับการตรวจ)** 31 มกราคม 2569

ประวัติการเจ็บป่วย

ท่านเคยมี หรือมีโรค/อาการ/ภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
☐	☐	หอบหืด (Asthma) ....
☐	☐	วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)..
☐	☐	ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice) ....
☐	☐	โรคลมชัก (Epilepsy) ....
☐	☐	ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ....
☐	☐	โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ....
☐	☐	โรคพิษสุราเรื้อรัง ....
☐	☐	ปัญหาทางจิตเวช..
☐	☐	โรคติดต่อระยะติดต่ออันตราย..
☐	☐	ความพิการทางร่างกาย..
☐	☐	ความผิดปกติของการได้ยิน...
☐	☐	ความผิดปกติการเห็นภาพ...
☐	☐	กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident) ....
☐	☐	ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation) ....
☐	☐	อื่น ๆ..

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ระบุทั้งหมดนั้นเป็นความจริงและถูกต้องทั้งสิ้น ไม่มีการปลอมแปลงหรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดในทุกประการ ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับและข้อกำหนดต่าง ๆ ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .... ผู้สมัคร

(...)

วันที่ ..../................./...................