รายงานการตรวจสุขภาพ (TCAS รอบ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพากับองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2564
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้สมัคร คณะพยาบาลศาสตร์ ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน โดยให้นำเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและส่งเอกสารนี้เพื่อประกอบการสมัครฯ

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล □ นาย □ นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด..... รหัสประจำตัวประชาชน .....

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....
ออกให้ ณ วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....
โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง
2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการหรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร
3. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้
   (1) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
   (2) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ
   (3) โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร
   (4) ภาวะไตวายเรื้อรัง
   (5) ติดสารเสพติดให้โทษ
4. ตาบอดสีชนิดรุนแรงทั้งสองข้าง
5. ความผิดปกติในการเห็นภาพโดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
   (1) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นตาแล้วยังมีสายตาต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง
   (2) สายตาข้างดี ต่ำกว่า 6/ 12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว
   (3) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
6. หูหนวกหรือหูตึง (threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (sensorineural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
7. โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการติดต่อสื่อสาร

พบว่า (นาย/ นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต

รายงานการตรวจสุขภาพ (TCAS รอบ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพากับองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2564
คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร มหาวิทยาลัยบูรพา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้สมัคร คณะการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน โดยให้นำเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและส่งเอกสารนี้เพื่อประกอบการสมัครฯ

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล □ นาย □ นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด..... รหัสประจำตัวประชาชน .....

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....
ออกให้ ณ วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....
โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย
2. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้
   (1) โรคพิษสุราเรื้อรัง
   (2) ติดสารเสพติดให้โทษ
3. ตาบอดสี

พบว่า (นาย/นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต

รายงานการตรวจสุขภาพ (TCAS รอบ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพากับองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2564
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้สมัคร คณะสหเวชศาสตร์ ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน โดยให้นำเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและส่งเอกสารนี้เพื่อประกอบการสมัครฯ

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด..... รหัสประจำตัวประชาชน .....

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....
ออกให้ ณ วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....
โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง
2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่จะมีผลต่อผู้อื่น หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร
3 โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้
   (1) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
   (2) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ
   (3) โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร
   (4) ภาวะไตวายเรื้อรัง
   (5) ติดสารเสพติดให้โทษ
4. ตาบอดสี (ยกเว้นสาขาวิชาโภชนบำบัดและการกำหนดอาหาร)
5. โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการติดต่อสื่อสาร

พบว่า (นาย/นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต

รายงานการตรวจสุขภาพ (TCAS รอบ 1)
โครงการความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยบูรพากับองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ปีการศึกษา 2564
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้สมัคร คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน โดยให้นำเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อของแพทย์ผู้ตรวจโรค ให้ผู้สมัครเป็นผู้กรอกข้อความในข้อ 1 ให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและส่งเอกสารนี้เพื่อประกอบการสมัครฯ

ประกอบการสมัครฯ

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว..... (เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด..... รหัสประจำตัวประชาชน .....

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า .....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....
ออกให้ ณ วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. .....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....
โดยได้ตรวจร่างกายตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย
2. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้
   (1) โรคพิษสุราเรื้อรัง
   (2) ติดสารเสพติดให้โทษ

พบว่า (นาย/นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....

อยู่ในระยะ.....

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

<u>หมายเหตุ</u> มหาวิทยาลัยบูรพา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะทำการตรวจร่างกายซ้ำ หากพบมีการตรวจร่างกายเป็นเท็จจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษา แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังมหาวิทยาลัยบูรพาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนิสิต