

รายงานการตรวจสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกาย  
การสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร  
คณะเภสัชศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2567

รูปถ่ายขนาด  
1 หรือ 1.5 นิ้ว

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้สอบผ่านข้อเขียนเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของ  
รัฐบาล หรือโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยให้นำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้ง  
ประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ส่วนในข้อ 1-2 ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการและ  
ให้นำเอกสารชุดนี้ส่งคืนมหาวิทยาลัยศิลปากร ในวันสอบสัมภาษณ์

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล  นาย  นางสาว .....(เขียนตัวบรรจง)

วัน เดือน ปีเกิด .....จังหวัดที่เกิด.....เลขที่ผู้สมัคร

2. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก) โดยทำเครื่องหมาย  ลงใน  นักเรียนเคยมี หรือมีโรค อาการ และภาวะการมี  
เจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตรงตามความเป็นจริง)

มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หอบหืด (Asthma)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี A, B	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคลมชัก (Epilepsy)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หนองน้ำหนก (Otorrhea)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ไส้เลื่อน (Hernia)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture/Accident)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ได้รับการผ่าตัด (surgical Operation)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านสุขภาพจิต	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	.....
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่มีจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล  
ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือกนี้ แม้ว่าจะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากรแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็น  
นักศึกษา

.....(ลายเซ็น)

(.....)

ชื่อ.....นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้าตรวจร่างกาย.....เขต หรือ อำเภอ.....  
จังหวัด.....เลขที่ผู้ป่วย (H.N.) ..... วัน เดือน ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....

#### 4. เอกซเรย์ร่างกาย

ผลของ Chest x – ray .....  
.....  
.....

#### 5. ผลการตรวจร่างกาย

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

เป็นผู้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบ จนไม่สามารถศึกษาได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

มี ไม่มี โรค

อธิบายรายละเอียด

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคเรื้อน   | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> วัณโรคในระยะอันตราย   | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคติดยาเสพติดให้โทษ  | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง  | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตราย<br>ต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โรคคุดทะราด หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ                       | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง               | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ตาบอดสี   | ..... |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หูหนวก  | ..... |

#### 6. สรุปความเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก .....

(ลงนาม).....

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ  
โปรดประทับตราโรงพยาบาล