

**รายงานการตรวจสุขภาพผู้ผ่านการสอบข้อเขียน**  
**เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์**  
**คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2565**

ผู้สอบผ่านการสอบข้อเขียนเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์จากโรงพยาบาลของรัฐ โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราตรวจโรงพยาบาลตรงกลางมีชื่อแพทย์ผู้ตรวจ และให้นำเอกสารชุดนี้ (ทั้งหมดรวม 3 หน้า) มาส่งในวันสอบสัมภาษณ์

**ข้อมูลส่วนที่ 1 (นักเรียนเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)**

**1.1 ประวัติส่วนตัว**

ชื่อ – สกุล .....

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

เลขที่สมัคร.....สมัครสอบ .....ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.....

สถานที่ตรวจสุขภาพ.....

จังหวัด .....

**1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) ว่านักเรียนมีหรือไม่มีโรค**

รวมทั้งภาวะ การเจ็บป่วยและความพิการ ดังต่อไปนี้

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
( )	( )	พิการทางร่างกาย	.....
( )	( )	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	.....
( )	( )	ติดยาเสพติด	.....
( )	( )	โรคพิษสุราเรื้อรัง	.....
( )	( )	โรคเท้าช้าง	.....
( )	( )	โรคเรื้อน	.....
( )	( )	ลมชัก	.....
( )	( )	โรคหัวใจ	.....
( )	( )	วัณโรค	.....
( )	( )	โรคเบาหวาน	.....
( )	( )	ความดันโลหิตสูง	.....
( )	( )	โรคไต	.....
( )	( )	ตาบอดสี	.....
( )	( )	สายตาไม่ปกติ (เช่น สายตาสั้น)	.....
( )	( )	หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก	.....
( )	( )	เป็นไข้ พุดไม่ชัด ติดอ่าง	.....
( )	( )	โรคระบบทางเดินหายใจ	.....
( )	( )	โรคติดเชื้อ ตับอักเสบ	.....

- ( ) ( ) โรคไส้เลื่อน .....
- ( ) ( ) โรคไส้เลื่อน .....
- ( ) ( ) อุบัติเหตุ กระดูกหัก มีบาดแผล.....
- ( ) ( ) เคยได้รับการผ่าตัด .....
- ( ) ( ) อื่นๆ .....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง  
ข้าพเจ้ายินดีให้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดัดสิทธิ์การศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์  
ของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ลงชื่อ .....

(.....)

ชื่อนักเรียน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

## ข้อมูลส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

### 2.1 การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก..... ก.ก.

ส่วนสูง.....ซ.ม.

อุณหภูมิ..... C

ชีพจร .....ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต.....mm.Hg

ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและปฏิบัติงานผู้ช่วยทันตแพทย์.....

ระบบ	ปกติ	ผิดปกติ	อธิบาย
ระบบสายตา			
ระบบหู คอ จมูก			
ระบบผิวหนัง			
ระบบทางเดินหายใจ			
ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
ระบบทางเดินอาหาร			
ระบบประสาท			

แพทย์ผู้ตรวจ.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....

(.....)

วันที่.....

2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

.....  
.....  
.....

การแปลผล

ปกติ       ผิดปกติ

.....  
.....

รังสีแพทย์.....      ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
(.....)      วันที่.....

2.3 การตรวจตาบอดสี

ตรวจโดยให้นักเรียนอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

นักเรียนสามารถอ่านได้ถูกต้อง จำนวน..... PLATES

การแปลผล.....  
.....

จักษุแพทย์.....      ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
(.....)      วันที่.....

2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล

ปกติ       ผิดปกติ

.....  
.....

โสต ศอ นาสิกแพทย์.....      ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
(.....)      วันที่.....