



มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตร).....

ตรวจเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

- | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|----------|---|
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | ผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของโรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรืออาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | วัณโรคในระยะอันตราย |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ**
- (๑) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 - (๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - (๓) ให้เข้ารับการตรวจร่างกายในสถานพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน
 - (๔) มหาวิทยาลัยอาจให้ผู้สมัครรับการตรวจรับรองโดยหน่วยแพทย์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (ถ้าจำเป็น)
 - (๕) มหาวิทยาลัยได้แนบใบตรวจร่างกายและใบตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบสุขภาพในครั้งนี้ด้วย

A.PHYSICAL EXAMINATION

(to be filled in by physician)

HEIGHT	.....cm	BLOOD PRESSURE	...../.....mmHg
WEIGHT	.....kg	PULSE RATE	...../.....permin
		<u>Normal</u>	<u>Abnormal</u>	<u>Detected Abnormalities</u>
GENERAL APPEARANCE	.....	.....	.....
SKIN	.....	.....	.....
SUSPECTED LEPROSY LESION	.....	.....	.....
RING WORM	.....	.....	.....
SCALP	.....	.....	.....
RING WORM	.....	.....	.....
LYMPH NODES	.....	.....	.....
INGUINAL LYMPH NODE	.....	.....	.....
EYES	.....	.....	.....
VISION WITH GLASSES	.....	.....	.....
RIGHT EYE	.....	.....	.....
LEFT EYE	.....	.....	.....
COLOR BLINDNESS	.....	.....	.....
TRACHOMA	.....	.....	.....
EARS	.....	.....	.....
OTOSCOPIC EXAM	.....	.....	.....
NOSE	.....	.....	.....
PHARYNX & TONSILS	.....	.....	.....
TEETH	.....	.....	.....
THYROID GLAND	.....	.....	.....
LUNG	.....	.....	.....
HEART	.....	.....	.....
ABDOMEN	.....	.....	.....
LIVER/SPLEEN	.....	.....	.....
HERNIA	.....	.....	.....
VERTEBRAE	.....	.....	.....
LOCOMOTOR/SENSATION	.....	.....	.....
REFLEXES	.....	.....	.....
OTHERS	.....	.....	.....

B.LABORATORY EXAMINATION

Ⓐ. BLOOD EXAMINATION

BLOOD GROUP
HEMOGLOBINGM %
HEMATOCRIT
BLOOD FILM
MALARIANEGATIVEPOSITIVE
MICROFILARIANEGATIVEPOSITIVE
(For clinical suspected case only)
WBC% CELLS/cu.mm.
PMN% EOS%
LYMPH% BASO%
MONO% OTHERS..... %

Ⓑ. URINE/URETHRAL EXAMINATION

URINALYSIS

COLOR ALBUMIN
SP GRAVITY BLOOD
pH BACTERIA
SUGAR OTHERS
MICROSCOPIC EXAM

Ⓒ. BIOCHEMICAL ANALYSIS

BUN CHOLESTEROL
CREATININE THIGLYCERIDE
FBS

Ⓓ. STOOL EXAMINATION

PARASITES
E.HISTOLYTICA NEGATIVEPOSITIVE
OTHERS

Ⓔ. CHEST X-RAY

FINDINGS
.....

Ⓕ. OTHERS EXAMINATION

(SUGGESTED BY CLINICAL EXAM PHYSICIAN)

.....