

ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประจำปีการศึกษา 2565
(สำหรับผู้สมัครของสำนักวิชาสหเวชศาสตร์ สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์)

ข้อมูลส่วนตัว 1 (สำหรับนักเรียนกรอก)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ-สกุล นาย/นางสาว.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลส่วนตัว 2 (สำหรับโรงพยาบาลกรอก)

1. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

เลขที่ผู้ป่วย (H.N).....วัน/เดือน/ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....

- น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกายผู้สมัครแล้ว เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อน
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคติดเชื้อเสียดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
6. โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

3. ผลการตรวจเฉพาะหลักสูตร

3.1 เฉพาะผู้สมัครหลักสูตรเทคนิคการแพทย์ และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์

() ไม่มีภาวะคาบอดสีรุนแรง () มีภาวะคาบอดสีรุนแรง

3.2 เฉพาะผู้สมัครหลักสูตรพยาบาลศาสตร์

() ผลการเอ็กซเรย์ปอดปกติ () ผลการเอ็กซเรย์ปอดผิดปกติ

4. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

() สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย

() สุขภาพมีปัญหา แต่สามารถเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ หากได้รับการบำบัดดังนี้

() สุขภาพมีปัญหา เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นพ./พญ.).....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ปฏิบัติงานโรงพยาบาล.....

ได้ตรวจร่างกาย (นาย/นางสาว).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โดยปรากฏผลการตรวจ ดังนี้

การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg

ประวัติโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

การตรวจหู คอ จมูก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจปอด และหัวใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ขอรับรองว่า นาย/ นางสาว.....

เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏ
อาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน

๒. วัณโรคในระยะอันตราย

๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ

๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง

๕. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

๖. โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและ/
หรือการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทยแผนไทยประยุกต์

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(ประทับตราโรงพยาบาล)

ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นพ./พญ.).....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....ปฏิบัติงานโรงพยาบาล.....
ได้ตรวจร่างกาย (นาย/นางสาว).....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โดยปรากฏผลการตรวจ ดังนี้

การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg
ประวัติโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
การตรวจหู คอ จมูก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
การตรวจปอด และหัวใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-ray ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ขอรับรองว่า นาย/ นางสาว.....
เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏ
อาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดเชื้อเฉียบพลันให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
๖. โรคติดต่อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและ/
หรือการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทยแผนไทยประยุกต์

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

ลงชื่อ.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
(ประทับตราโรงพยาบาล)

ใบรับรองแพทย์

สำหรับผู้สมัครคัดเลือกเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประจำปีการศึกษา 2565
(สำหรับผู้สมัครหลักสูตรศิลปการประกอบอาหารอย่างมืออาชีพ สำนักวิชาการจัดการ)

ข้อมูลส่วนตัว 1 (สำหรับนักเรียนกรอก)

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล นาย/นางสาว.....

วัน/เดือน/ปีเกิด ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ข้อมูลส่วนตัว 2 (สำหรับโรงพยาบาลกรอก)

- ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย โรงพยาบาล.....
ที่อยู่.....
เลขที่ผู้ป่วย (H.N)..... วัน/เดือน/ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย.....
น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg

2. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้วเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็น

ผู้มีจิตพิการหรือไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อน
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคติดเชื้อเสียดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคทางจิตที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรง และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่
6. โรคติดเชื้อร้ายแรง หรือโรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเด่นชัด หรือรุนแรงและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่

3. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- () สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย
- () สุขภาพมีปัญห แต่สามารถเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ หากได้รับการบำบัดดังนี้

- () สุขภาพมีปัญห เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับการตรวจร่างกาย

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(ประทับตราโรงพยาบาล)