

แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษา

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีการศึกษา 2569

คำชี้แจง ผู้สมัครฯ ที่เข้ารับการตรวจร่างกายให้ดำเนินการดังนี้

1. พิมพ์แบบฟอร์มส่วนที่ 1 – 3 และกรอกข้อมูลในส่วนที่ 1 ให้ครบถ้วน
2. เข้ารับการตรวจร่างกายที่ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ ตามรายการที่กำหนด ดังนี้
 - ตรวจร่างกายโดยแพทย์
 - เอกซเรย์ปอด (Chest X-ray)
 - ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)
 - ตรวจปัสสาวะ (Urine analysis)
 - ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV)
 - ตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg)
 - ตรวจการมองเห็น (Visual acuity)
 - ตรวจการได้ยิน (Audiometry) และรับรองผลโดย โสต ศอ นาสิกแพทย์
3. นำแบบฟอร์มในส่วนที่ 1 - 3 ให้โรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ โดยแพทย์และโสต ศอ นาสิกแพทย์จะเป็นผู้กรอกข้อมูลในส่วนที่ 2 และ 3 ตามลำดับ
4. ใบรับรองแพทย์และผลการตรวจต่างๆ สำหรับการสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ จะต้องเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนก่อนถึงวันสุดท้ายของการรับสมัครในรอบนั้น ๆ ทั้งนี้ใบรับรองแพทย์และผลการตรวจต่าง ๆ ที่ได้รับการออกตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม 2568 อนุมัติให้สามารถนำมาใช้สำหรับการสมัครในรอบที่ 1 แพ้ผสมผลงาน และรอบที่ 2 โควตาได้

**กรณีผู้สมัครฯ มีความประสงค์เข้ารับการตรวจที่ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มีขั้นตอนการติดต่อนัดหมายดังนี้**

1. ติดต่อ 075-479999 กด 0 แจ้งทำนัดหมายตรวจสุขภาพเพื่อสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาแพทยศาสตร์ (นัดหมายคลินิกหูคอจมูก)
2. เมื่อทางโรงพยาบาลติดต่อกลับและได้วันนัดตรวจตรวจการได้ยินและรับรองผลโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์ ณ คลินิกหูคอจมูกแล้ว ณ วันที่ตรวจ ทางคลินิกหูคอจมูกจะประสานไปยังคลินิกตรวจสุขภาพ เพื่อรับการตรวจร่างกายโดยแพทย์และการตรวจอื่นๆ ในวันเดียวกัน หรือวันอื่น ๆ ที่สะดวกเข้ารับการตรวจ

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครฯ เป็นผู้กรอก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. สถานที่เกิด.....จังหวัด.....

ประวัติส่วนตัวและการเจ็บป่วยในอดีต

- ☐ โรคประจำตัว ระบุ.....
- ☐ ยาที่ใช้ประจำ ระบุ.....
- ☐ เคยได้รับการผ่าตัด ระบุ.....เมื่อ พ.ศ.
ระบุ.....เมื่อ พ.ศ.

ประวัติภูมิแพ้

- ☐ แพ้ยา อาหาร ระบุ.....
- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

- ☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ
- ☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

- ☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ
- ☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัครฯ

(.....)

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยแพทย์เป็นผู้กรอก

สถานที่ตรวจ..... วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิงนามสกุล.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาวแล้ว ปรากฏว่า

มีน้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ความดันโลหิต...../.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

Systems	Normal	Comments (if abnormal)
General appearance		
HEENT		
Cardiovascular		
Respiratory		
Gastrointestinal		
Neurological		
Skin		
Extremities		

การตรวจการมองเห็น Visual acuity (VA)

การตรวจระดับการมองเห็น	ตาขวา		ตาซ้าย	
	Without pinhole	With pinhole	Without pinhole	With pinhole
Best corrected VA*	_____	_____	_____	_____

*หากมีแว่น ให้สวมแว่นตลอดในการตรวจ VA

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

1. HBsAg ☐ positive ☐ negative
2. Anti-HIV ☐ reactive ☐ non-reactive

ผล Chest X – ray

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ

CBC (ติดหรือแนบผลการตรวจ)

Urinalysis (ติดหรือแนบผลการตรวจ)

สรุปผลการตรวจโดยแพทย์

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นางสาว..... นามสกุล.....

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคหรือความผิดปกติต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) ความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว
ต่ำกว่า 6/12 หรือ 20/40

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

วันที่.....

ส่วนที่ 3 การตรวจการได้ยิน โดยโสต ศอ นาสิกแพทย์เป็นผู้กรอก

สถานที่ตรวจ..... วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิงนามสกุล.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาวแล้ว ปรากฏว่า

☐ ไม่มีความผิดปกติของการได้ยินแบบถาวร

☐ มีความผิดปกติของการได้ยินแบบถาวร ระบุ

☐ ความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้างโดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล

☐ ความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss)

☐ อื่นๆ ระบุ

.....

.....

ลงชื่อ.....โสต ศอ นาสิกแพทย์

(.....)

วันที่.....