



แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตร วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครเข้าศึกษากรอก

ชื่อ.....สกุล.....เลขที่ผู้สมัคร.....

โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....อุบัติเหตุและการผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....

ประวัติอื่นๆที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร BMI=..... กก/ม² BP.....mmHg. HR.....ครั้ง/นาที RR.....ครั้ง/นาที

สภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นคนวิกลจริต ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีความผิดปกติอื่นๆ หรือโรคอื่นใดที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

.....
.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....) วันที่...../...../.....

ประทับตราโรงพยาบาล/สถานพยาบาล