



ใบรับรองแพทย์สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาในระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2569
คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....โรงพยาบาล.....
ได้ทำการตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....
ในวันที่.....เดือน.....ปี.....
โดยมีรายละเอียดดังนี้ น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต..... มม.ปรอท ชีพจร.....

การตรวจร่างกายทั่วไป

General appearance	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
HEENT	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Visual Acuity	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Respiratory System	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Cardiovascular system	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Abdomen	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Neurological System	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Intergumentary System	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....
Chest X-ray	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลที่ได้รับการตรวจ ไม่มีภาวะทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตพิษเพี้ยน จิตไม่สมประกอบ และโรคจิตเวชอื่นใดที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ โรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏโรคดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
4. โรคอื่น ๆ ที่ปรากฏ

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....
.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

หมายเหตุ: 1. โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ
2. ตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โดยใบผลการตรวจร่างกายต้องมีอายุไม่เกิน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจถึงวันสอบสัมภาษณ์