

รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย

ผู้ผ่านการคัดเลือก การรับบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

รอบที่ 3 Admission /รับตรงร่วมกับ กสพท. ประจำปีการศึกษา 2567

(สำหรับผู้ผ่านการคัดเลือกในคณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

(ตัดหรือถ่ายเอกสารไปใช้ได้)

ชื่อ - สกุล  นาย  นางสาว ..... เลขที่สมัคร.....  
โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
สมัครคัดเลือกฯ ได้คณะ.....สาขาวิชา.....รหัส.....  
ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

- | มี                    | ไม่มี                 | อธิบายรายละเอียด  |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | หอบหืด (Asthma).....                                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension).....                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis).....                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis).....                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice).....                        |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคลมชัก (Epilepsy).....                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus).....                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | หูน้ำหนวก (Otorrhea).....                                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ไส้เลื่อน (Hernia).....                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident)..... |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation).....                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | อื่นๆ.....  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอน สภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....  
(.....)  
นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

.....โทร.....

เลขที่สมัคร

คณะ.....สาขาวิชา.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....มิลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง / นาที

### ผลการตรวจโรค

#### 1. การตรวจโรค

- |                |                               |                                  |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1.1 หู คอ จมูก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.2 ตา         | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.3 หัวใจ      | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.4 ปอด        | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.5 ช่องท้อง   | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |
| 1.6 อื่นๆ      | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ |

2. ผลเอกซเรย์  ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจตาบอดสี  ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก.....

#### 4. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย

ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

**หมายเหตุ** 1. คณะสัตวแพทยศาสตร์ ตรวจข้อ 1-3 (หุนวทหรือหูตึง(threshold) ของการได้ยินสูงกว่า 40dB จากความผิดปกติทางประสาท (sensorineural hearing loss) จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา