

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

ผู้ผ่านการคัดเลือก การรับบุคคลเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

รอบที่ 3 รับตรงร่วมกับ กสพท. ประจำปีการศึกษา 2569

(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 และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทร.....

คณะ.....สาขาวิชา.....

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

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท 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 |

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

2. ผลเอกซเรย์ ปกติ ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

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