

ติดรูปถ่ายขนาด

3 x 4 cm

(ประทับตราโรงพยาบาล)

รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการสอบคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาใน  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ - สกุล..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน - เดือน - ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
H.N. .... วัน - เดือน - ปี ที่ตรวจ.....

**ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน**

(สำหรับผู้ที่เข้ารับการตรวจร่างกายให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง)

ท่านเคยมีอาการหรือโรคดังต่อไปนี้หรือไม่

|                                                    | มี        | ไม่มี |
|----------------------------------------------------|-----------|-------|
| 1. โรคหัวใจหรือเหนื่อยง่ายผิดปกติ                  | ( )       | ( )   |
| 2. โรคหอบหืด                                       | ( )       | ( )   |
| 3. ไอเรื้อรัง หรือไอเป็นเลือด                      | ( )       | ( )   |
| 4. อาการตัวเหลือง และ/หรือ ตาเหลือง                | ( )       | ( )   |
| 5. อาการซีด                                        | ( )       | ( )   |
| 6. อาการบวม                                        | ( )       | ( )   |
| 7. อาการชัก                                        | ( )       | ( )   |
| 8. อาการปวดศีรษะบ่อย/เป็นประจำ                     | ( )       | ( )   |
| 9. โรคเบาหวาน                                      | ( )       | ( )   |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูง                            | ( )       | ( )   |
| 11. หูน้ำหนวก                                      | ( )       | ( )   |
| 12. ตาบอดสี                                        | ( )       | ( )   |
| 13. ติดสุรา                                        | ( )       | ( )   |
| 14. ติดยาเสพติด                                    | ( )       | ( )   |
| 15. กระดูกหักหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ถ้ามี ระบุ) | ( ) ..... | ( )   |
| 16. ภาวะที่ต้องรับการผ่าตัดรักษา (ถ้ามี ระบุ)      | ( ) ..... | ( )   |
| 17. อื่นๆ (ระบุ) .....                             |           |       |

หมายเหตุ : หากตรวจพบว่าข้อมูลที่ให้ไม่ตรงกับความเป็นจริง  
ท่านจะถูกตัดสิทธิ์ในการเป็นนักศึกษาทันตแพทย์

**ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)**

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

1. Vital signs : PR = ..... ครั้ง/นาที BP = ...../..... mmHg

2. General appearance :

- Pallor ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....
- Jaundice ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....
- Edema ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....
- Deformities ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....
- Skin lesion ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

3. Oral cavity ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

Oral Thrush ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

4. Breath sound ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

5. Heart sound ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

Heart murmur ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

6. Abdomen ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

Liver (palpation) ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

Spleen (palpation) ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

7. Extremities ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

8. Cervical node ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

9. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

10. ความพิการทางร่างกาย ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

11. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

● CBC ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

● Urine examination ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

12. ผลรังสีวินิจฉัยทรวงอก (CXR) ☐ normal ☐ abnormal ระบุ (Finding & Diagnosis).....

**สรุปผลการตรวจร่างกาย** ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ต้องตรวจเพิ่มเติมในเรื่อง.....

.....  
.....  
.....

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ.....

(.....)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ชื่อ - สกุล..... H.N. ....

**ส่วนที่ 3 การตรวจหูและการได้ยิน** (สำหรับแพทย์กรอก)

1. Hearing ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

- ความผิดปกติในการได้ยินทั้ง 2 ข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500 – 2,000 Hz สูงกว่า 40 dB

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

- ความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination) น้อยกว่าร้อยละ 70 เนื่องจาก sensorineural hearing loss

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

2. Ear discharge ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

**สรุปผลการตรวจ** (สำหรับแพทย์กรอก)

ผล ☐ normal ☐ abnormal ระบุ (Finding & Diagnosis).....

.....  
.....  
.....  
.....

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ.....

(.....)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

ชื่อ - สกุล..... H.N. ....

#### ส่วนที่ 4 การตรวจตาและการมองเห็น

1. Visual acuity ☐ normal ☐ abnormal ระบุ .....

- ความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

2. Color blindness ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....

- กรณีพบว่ามีตาบอดสี ระดับความรุนแรงโดยใช้ FARNSWORTH D 15 hue test
  - ☐ ผลการตรวจ FARNSWORTH D 15 hue test ปกติ (ตาบอดสีระดับไม่รุนแรง)
  - ☐ ผลการตรวจ FARNSWORTH D 15 hue test มีเส้นตัดขวางน้อยกว่า 10 เส้น (ตาบอดสีระดับปานกลาง)
  - ☐ ผลการตรวจ FARNSWORTH D 15 hue test มีเส้นตัดขวางมากกว่าหรือเท่ากับ 10 เส้น (ตาบอดสีระดับรุนแรง)

#### สรุปผลการตรวจ

ผล ☐ normal ☐ abnormal ระบุ (Finding & Diagnosis).....

.....  
.....  
.....  
.....

ลงนามผู้ตรวจ.....  
(.....)