



มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หรือสถานที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออยู่ที่.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทของบัตร).....

ตรวจเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....

- | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|----------|---|
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | ผู้มีกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนหรือปัญญาอ่อน |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> | ปรากฏ | <input type="checkbox"/> | ไม่ปรากฏ | อาการของโรคเรื้อนในระยะติดต่อหรืออาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | วัณโรคในระยะอันตราย |
| <input type="checkbox"/> | เป็น | <input type="checkbox"/> | ไม่เป็น | โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม |

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

- หมายเหตุ** (๑) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ ๑ เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (๒) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 (๓) ให้เข้ารับการตรวจร่างกายในสถานพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน
 (๔) มหาวิทยาลัยอาจให้ผู้สมัครรับการตรวจรับรองโดยหน่วยแพทย์ที่มหาวิทยาลัยกำหนด (ถ้าจำเป็น)
 (๕) มหาวิทยาลัยได้แนบใบตรวจร่างกายและใบตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจสอบสุขภาพในครั้งนี้ด้วย

A. PHYSICAL EXAMINATION

(to be filled in by physician)

HEIGHT	.....cm	BLOOD PRESSURE	...../.....mmHg
WEIGHT	.....kg	PULSE RATE	...../.....permin

	<u>Normal</u>	<u>Abnormal</u>	<u>Detected Abnormalities</u>
GENERAL APPEARANCE
SKIN
SUSPECTED LEPROSY LESION
RING WORM
SCALP
RING WORM
LYMPH NODES
INGUINAL LYMPH NODE
EYES
VISION WITH GLASSES
RIGHT EYE
LEFT EYE
COLOR BLINDNESS
TRACHOMA
EARS
OTOSCOPIC EXAM
NOSE
PHARYNX & TONSILS
TEETH
THYROID GLAND
LUNG
HEART

ABDOMEN	.....	.....	.....
LIVER/SPLEEN	.....	.....	.....
HERNIA	.....	.....	.....
VERTEBRAE	.....	.....	.....
LOCOMOTOR/SENSATION	.....	.....	.....
REFLEXES	.....	.....	.....
OTHERS	.....	.....	.....

B.LABORATORY EXAMINATION

Ⓐ. BLOOD EXAMINATION

BLOOD GROUP	.....	
HEMOGLOBIN	.....GM %		
HEMATOCRIT	.....	
BLOOD FILM			
MALARIA	.....NEGATIVE	.....POSITIVE	
MICROFILARIA	.....NEGATIVE	.....POSITIVE	

(For clinical suspected case only)

WBC	.....%	CELLS/cu.mm.	.....
PMN	.....%	EOS%
LYMPH	.....%	BASO%
MONO	.....%	OTHERS.....%

Ⓑ. URINE/URETHRAL EXAMINATION

URINALYSIS

COLOR	.....	ALBUMIN	.....
SP GRAVITY	.....	BLOOD	.....
pH	.....	BACTERIA	.....
SUGAR	.....	OTHERS	.....
MICROSCOPIC EXAM	.....	

Ⓒ. BIOCHEMICAL ANALYSIS

BUN	.....	CHOLESTEROL	.....
CREATININE	.....	THIGLYCERIDE	.....
FBS	.....	

4. STOOL EXAMINATION

PARASITES

E.HISTOLYTICA

..... NEGATIVE

.....POSITIVE

OTHERS

.....

5. CHEST X-RAY

FINDINGS

.....

.....

6. OTHERS EXAMINATION

(SUGGESTED BY CLINICAL EXAM PHYSICIAN)

.....

.....



Walailak University
Health Certificate

At

Date.....Month.....Year.....

I, Dr

Medical practice licence number.....place of practice.....

undertook a medical examination of Mr/Mrs/Miss.....

address (contact address).....

ID card No.(please specify type of card).....

On date.....month.....year.....

I hereby certify that Mr/Mrs/Miss

- is is not a disabled person who is not capable of working
- suffers does not suffer from mental disorder/sickness/retardation
- shows does not show symptoms of drug addiction
- is is not a chronic alcoholic
- presents does not present symptoms of contagious leprosy
- suffers does not suffer from contagious tuberculosis
- shows does not show symptoms of elephantiasis

Comment and recommendation

Signed.....(Medical Practitioner)

- Notes :**
- (๑) This health certificate is valid for one month from the date of examination.
 - (๒) It has to be signed by a registered medical practitioner.
 - (๓) The applicant may be required to undergo examination at a place specified by the university
 - (๔) Attached are medical examination and laboratory tests forms.