

รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาทุนการศึกษาบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)

ชื่อ – สกุล  นาย  นาง  นางสาว.....

วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เข้าศึกษาในระดับ  ปวช. สถานศึกษา.....

ปวส. สถานศึกษา.....

ปริญญาตรี สถานศึกษา.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล..... (สำหรับแพทย์กรอก)

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....วัน - เดือน - ปี ที่เข้ารับการตรวจ.....

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

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

ความดันโลหิต.....mm.Hg ชีพจร.....ครั้ง : นาที

2. ผลการเอ็กซเรย์ปอด(Chest X-ray)

ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Amphetamine)

ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก.....

5. (เฉพาะเพศหญิง) ผลตรวจการตั้งครรภ์

ไม่พบการตั้งครรภ์  พบการตั้งครรภ์

6. ผลการตรวจร่างกาย หากพบอาการของโรค ดังต่อไปนี้ โปรดระบุ หากไม่พบอาการใดๆ โปรดระบุที่ช่อง “ปกติ”

ปกติ  โรคภูมิแพ้ โปรดระบุ.....

โรคจิตต่างๆ โปรดระบุ.....

โรคหลอดเลือดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ โปรดระบุ.....

โรคหอบหืด  วัณโรคปอด

โรคพิษสุราเรื้อรัง  โรคลมชัก, ลมบ้าหมู

ตัวเหลือง ตาเหลือง  ตาบอดสี

โรคหูหนวก, โรคอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้เรียน โปรดระบุอาการ.....

7. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

ข้าพเจ้า..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่.....

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ได้ตรวจร่างกายเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอรับรองว่าผลรายงานการตรวจร่างกายนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ .....นักเรียนผู้รับการตรวจ

ประทับตรา  
โรงพยาบาล

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ