



ประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง การตรวจสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา 2569 (TCAS รอบ 1-3)

เพื่อให้บุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้มีความสมบูรณ์ตามประกาศกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เรื่อง คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2559 โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สมัครสาขาวิชาแพทยศาสตร์ และเพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้น จึงขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2569 (TCAS รอบ 1-3) เข้ารับการตรวจสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1. การตรวจร่างกาย ก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ทั้ง 3 รอบ

ให้เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ซึ่งมีรายการการตรวจสุขภาพ ดังนี้

- 1) ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักและส่วนสูง
- 2) ตรวจวัดสายตา
- 3) ตรวจวัดการได้ยิน
- 4) ตรวจสุขภาพทั่วไปโดยแพทย์
- 5) ตรวจเอกซเรย์ปอด

ขอให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ส่งผลการตรวจสุขภาพตามกำหนดการที่จะประกาศให้ทราบต่อไป

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะดำเนินการอีกครั้งเมื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ได้รับการคัดเลือก และลงทะเบียนมีสถานภาพเป็นนิสิตของมหาวิทยาลัยเรียบร้อยแล้ว

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2568

พลเอก

(รองศาสตราจารย์ ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ใบรับรองแพทย์

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา 2569 (TCAS รอบ 1-3)

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้ขอรับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

1. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
2. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
3. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
4. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 กรอกโดยแพทย์

สถานที่ตรวจ.....เลขที่ใบตรวจสุขภาพ.....วันที่ตรวจ.....(1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(2)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ชื่อสถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

ผลการวัดการได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

ผลการวัดสายตา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

ผลการตรวจตาบอดสี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

(5) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....(3)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ (1) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย
(2) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
(3) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด