ประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง การตรวจสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา ๒๕๗๐ (TCAS รอบ ๑-๓)

เพื่อให้บุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้มีคุณสมบัติตามประกาศกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เรื่อง คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๙ โดยยึดหลัก ๓ ประการ คือ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สมัครสาขาวิชาแพทยศาสตร์ และเพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้น จึงขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา ๒๕๗๐ (TCAS รอบ ๑-๓) เข้ารับการตรวจสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

๑. การตรวจร่างกาย ก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ทั้ง ๓ รอบ

ให้เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ซึ่งมีรายการการตรวจสุขภาพ ดังนี้

๑) ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักและส่วนสูง
๒) ตรวจวัดสายตา
๓) ตรวจวัดการได้ยิน
๔) ตรวจสุขภาพทั่วไปโดยแพทย์
๕) ตรวจเอกซเรย์ปอด

ขอให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ส่งผลการตรวจสุขภาพตามกำหนดการที่จะประกาศให้ทราบต่อไป

๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะดำเนินการอีกครั้งเมื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ได้รับการคัดเลือกและลงทะเบียนมีสถานภาพเป็นนิสิตของมหาวิทยาลัยเรียบร้อยแล้ว

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

พลเอก
(รองศาสตราจารย์ ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ใบรับรองแพทย์

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา ๒๕๗๐ (TCAS รอบ ๑-๓)

ส่วนที่ ๑ กรอกโดยผู้ขอรับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า.....หมายเลขบัตรประชาชน.....
สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้).....
.....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

๑. โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๒. อุบัติเหตุ และผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๓. เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
๔. ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ กรอกโดยแพทย์

สถานที่ตรวจ.....เลขที่ใบตรวจสุขภาพ.....วันที่ตรวจ.....(๑)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(๒)
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

(๑) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๒) วัณโรคในระยะอันตราย

(๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(๔) โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....
ผลการวัดการได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุหากผิดปกติ).....
ผลการวัดสายตา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุหากผิดปกติ).....
ผลการตรวจตาบอดสี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ
(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

(๕) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....(๓)
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

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