ประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง การตรวจสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา ๒๕๗๐ (TCAS รอบ ๑-๓)

เพื่อให้บุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้มีคุณสมบัติเข้าศึกษาในหลักสูตร เรื่อง คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่ พ.ศ.๒๕๖๙) ลงวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๙ โดยต้องเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรค อาการของโรค หรือความพิการ เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ดังนั้น จึงขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา ๒๕๗๐ เข้ารับการตรวจสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

๑. สถานที่ตรวจสุขภาพ

การตรวจร่างกาย ก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ทั้ง ๓ รอบ ให้เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ซึ่งมีรายการการตรวจสุขภาพ ดังนี้

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

๒. กำหนดวันส่งผลการตรวจสุขภาพ

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ดำเนินการส่งผลการตรวจสุขภาพตามกำหนดการที่จะประกาศให้ทราบต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(ศาสตราจารย์สุรีย์ เจียรณ์มงคล)
รักษาการแทนคณบดีคณะเภสัชศาสตร์

ใบรับรองแพทย์

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปีการศึกษา 2570 (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. เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ 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.....ซม. ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

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

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

ผลการวัดการได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

ผลการวัดสายตา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

ผลการตรวจตาบอดสี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

(4) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....(3)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ (1) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(2) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด