

รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาทุนการศึกษาบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)

ชื่อ – สกุล นาย นาง นางสาว..... เลขที่.....

วัน – เดือน – ปีเกิด.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

- เข้าศึกษาในระดับ ปวช. วิทยาลัยเทคโนโลยีปัญญาภิวัฒน์ (PAT)
 ศูนย์การศึกษาปัญญาภิวัฒน์ (PAT) โปรรະນຸຂຶ້ອສູນຍ໌.....
 วิทยาลัยเอกชน ในเครือข่ายความร่วมมือกับบริษัท (COD) โปรรະນຸ.....
 วิทยาลัยรัฐบาล ในเครือข่ายความร่วมมือกับบริษัท (สอศ.) โปรรະນຸ.....

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 ผิดปกติ เนื่องจาก
- โรคภูมิแพ้ โปรดระบุ.....
 - โรคจิตต่างๆ โปรดระบุ.....
 - โรคคุชชิ่งหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ โปรดระบุ.....
 - โรคหอบหืด วัณโรคปอด
 - โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคลมชัก, ลมบ้าหมู
 - ตัวเหลือง ตาเหลือง ตาบอดสี
 - โรคหูหนวก, โรคอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้อื่น โปรดระบุอาการ.....

7. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

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

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

ลงชื่อนักเรียนผู้รับการตรวจ

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตรา
โรงพยาบาล

หมายเหตุ : ใบบรายงานการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ