

รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาทุนการศึกษาบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)

ชื่อ - สกุล  นาย  นาง  นางสาว ..... เลขที่.....

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

เข้าศึกษาในระดับ ปวช.  วิทยาลัยเทคโนโลยีปัญญาภิวัฒน์ (PAT)

ศูนย์การศึกษาปัญญาภิวัฒน์ (PAT) โปรรະນຸຂັ້ນສູນຍ໌.....

วิทยาลัยเอกชน ในเครือข่ายความร่วมมือกับบริษัท (COD) โปรรະນຸ.....

วิทยาลัยรัฐบาล ในเครือข่ายความร่วมมือกับบริษัท (สอศ.) โปรรະນຸ.....

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นางสาว .....ยินยอมให้นักเรียนในความปกครองตรวจสุขภาพตามรายการที่แจ้ง

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล..... (สำหรับแพทย์กรอก)

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

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

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

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

2. ผลการเอกซเรย์ปอด (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 หากพบอาการของโรคดังต่อไปนี้ โปรรະນຸ หากไม่พบอาการใดๆ โปรรະນຸທີ່ช่อง "ปกติ"

ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก

โรคภูมิแพ้ โปรรະນຸ.....

โรคจิตต่างๆ โปรรະນຸ.....

โรคหลอดเลือดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ โปรรະນຸ.....

โรคหอบหืด  วัณโรคปอด

โรคพิษสุราเรื้อรัง  โรคลมชัก , ลมบ้าหมู

ตัวเหลือง ตาเหลือง  ตาบอดสี

โรคหูหนวก , โรคอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้เรียน โปรรະນຸอาการ.....

7. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

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

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

เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....นักเรียนผู้รับการตรวจ

ประทับตรา

โรงพยาบาล

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : ใบบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ