

## ใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรศิลปกรรมศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานาฏศิลป์

คณะศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2568

TCAS68 รอบที่ 1 เพิ่มสะสมผลงาน (Portfolio)

**คำชี้แจง** ผู้ประสงค์สมัครเข้ารับการคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาในหลักสูตรศิลปกรรมศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานาฏศิลป์ (วิชาเอกนาฏศิลป์ไทย และวิชาเอกนาฏศิลป์ตะวันตก) คณะศิลปกรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2568 รอบที่ 1 เพิ่มสะสมผลงาน ให้ไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์ม

### ส่วนที่ 1 ประวัติของผู้ขอรับใบรับรองสุขภาพ (ผู้สมัครเป็นผู้กรอกและเขียนตัวบรรจง)

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว ..... อายุ ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... สถานที่อยู่ (ที่สามารถติดต่อได้) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองสุขภาพ โดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1. โรคประจำตัว  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
2. อุบัติเหตุ และ ผ่าตัด  ไม่มี  มี (ระบุ) ..... วันที่เข้ารับการผ่าตัด.....
3. เคยเข้ารับการรักษาที่นอนโรงพยาบาล  ไม่มี  มี (ระบุ) .....
4. ประวัติการรักษ่อื่นๆ ที่สำคัญ .....

ลงชื่อ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกาย (แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล)

1. สถานที่ตรวจ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ .....สถานพยาบาลชื่อ.....

ที่อยู่ .....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....

แล้วเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว ..... กิโลกรัม ความสูง ..... เซนติเมตร ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ) .....

ขอรับรองว่า บุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง โรคที่สังคมรังเกียจ หรือโรคสำคัญที่จะเป็น

อุปสรรคต่อการศึกษา ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏ

อาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคที่จะเป็น ต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม

(4) อื่น ๆ (ถ้ามี) .....

2. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

ลงชื่อ .....แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

(.....)

วันที่ตรวจ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ (1) โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนที่ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ

(2) แบบฟอร์มนี้ อ้างอิงจากใบรับรองแพทย์ของมติคณะกรรมการแพทยสภา

(3) ใบรับรองใช้ได้ไม่เกิน 1 เดือน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย