

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาทุนการศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี

จาก บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)

ประจำปีการศึกษา 2559

ชื่อ - สกุล  นาย  นาง  นางสาว.....

ชื่อสถานศึกษาที่ศึกษาต่อ วิทยาลัย / มหาวิทยาลัย..... จังหวัด.....

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

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปี ที่เข้ารับการตรวจ.....

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

(สำหรับแพทย์กรอก)

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. ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์

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

ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ได้ตรวจร่างกายให้แก่ นาย/นาง/นางสาว .....

เห็นว่าเป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ที่มีจิตใจฝืนเพื่อน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ ไม่ปรากฏอาการ และ  
อาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

หอบหืด/ภูมิแพ้

วัณโรคปอด

โรคติดยาเสพติดให้โทษ

โรคพิษสุราเรื้อรัง

โรคจิตต่าง ๆ

โรคคุชเชอร์หรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ

โรคลมชัก

ตัวเหลือง ตาเหลือง

หูหนวก

ตาบอดสี

6. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

เหมาะสมที่จะศึกษาต่อในสถานศึกษา และสามารถปฏิบัติงานได้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน

ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาต่อในสถานศึกษาและควรเข้ารับการรักษา เนื่องจาก.....

ลงชื่อ .....ผู้รับการตรวจ                      ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : ใบบรายงานการตรวจสุขภาพฯที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ