รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาทุนการศึกษาบริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)

ชื่อ – สกุล ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว.....

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

เข้าศึกษาในระดับ ○ ปวช. สถานศึกษา.....

○ ปวส. สถานศึกษา.....

○ ปริญญาตรี สถานศึกษา.....

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

○ โรคภูมิแพ้ โปรดระบุ.....

○ โรคจิตต่าง ๆ โปรดระบุ.....

○ โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ โปรดระบุ.....

○ โรคหอบหืด ○ วัณโรคปอด

○ โรคพิษสุราเรื้อรัง ○ โรคลมชัก, ลมบ้าหมู

○ ตัวเหลือง ตาเหลือง ○ ตาบอดสี

○ โรคหูหนวก, โรคอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการได้ยิน โปรดระบุอาการ.....

7. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

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

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

ประทับตรา

โรงพยาบาล

ลงชื่อ .....นักเรียนผู้รับการตรวจ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ : ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯที่สมบูรณ์ ต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ