

PHYSICAL EXAMINATION FORM (แบบตรวจสุขภาพ)

All students must undergo a medical examination for their own safety. Please have this form completed by a registered physician and return it to Dusit Thani College. (นักศึกษาทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพเพื่อสุขอนามัยของตนเอง กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ให้เรียบร้อยโดยแพทย์ผู้ตรวจ แล้วนำส่งที่วิทยาลัยดุสิตธานี)

Student's Name/Surname: (ชื่อ-สกุล) _____
 Sex (เพศ) Male (ชาย) Female (หญิง) Age (อายุ) _____ Height (ส่วนสูง) _____ cm. (เซนติเมตร)
 Weight (น้ำหนัก) _____ kg. (กก.) Date of Examination (วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ): _____

Clinical findings (ผลการตรวจ)

Pulse rate/min (อัตราชีพจร/นาที) _____ Rhythm (จังหวะ) _____
 Blood Pressure: Systolic: (ความดันโลหิต) _____ mmHg (มม.ปรอท)

Urine Examination (การตรวจปัสสาวะ)	Stool Examination (การตรวจอุจจาระ)

Please tick (✓) if student has a personal history or is currently suffering from any of the following and give comments if needed. (กรุณาเช็ค ✓ หากตรวจพบนักศึกษาที่มีโรคประจำตัวหรือพบอาการดังต่อไปนี้ และหากจำเป็นให้แสดงความคิดเห็น)

Check each item in appropriate column (รายการตรวจสุขภาพ)	Normal (ปกติ)	Abnormality (ผิดปกติ)	Describe every abnormality in detail (ถ้าพบความผิดปกติโปรดระบุ)
Eyes, Vision (ตา, การมองเห็น)			
Ears (general) (หู ลักษณะทั่วไป)			
Sinuses, Nose, Throat (ไซนัส จมูก คอ)			
Mouth/Teeth (ปาก/ฟัน)			
Thyroid (ไทรอยด์)			
Cardiovascular System (ระบบหัวใจและหลอดเลือด)			
Lungs (ปอด)			
Abdomen/Liver/Spleen (หน้าท้อง/ตับ/ม้าม)			
Students who suffer or have suffered from the following illnesses will be concerned for further tertiary study and Supervise Field Training in the workplace. (นักศึกษาที่มีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการฝึกปฏิบัติภาคสนาม ณ สถานประกอบการ)			
Tuberculosis (วัณโรค)			
Epilepsy (โรคลมบ้าหมู)			
Diabetes (โรคเบาหวาน)			
Asthma (โรคหอบหืด)			
Leprosy (โรคเรื้อน)			
Brain/nervous disease (โรคทางสมอง/โรคประสาท)			

Hepatitis B Antigen-HBs Ag (การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี)

Description (รายการ)	Result (ผลการตรวจ)	Comments (คำแนะนำ)
HBs-Ag (เชื้อไวรัสตับอักเสบบี)		
HBs-Ab (ภูมิกู้มกันไวรัสตับอักเสบบี)		

If students are not immune to the hepatitis B virus, the College recommends immunization against the hepatitis B, which will be beneficial for students to enroll in the Supervise Field Training in the workplace and future career.

(หากนักศึกษาไม่มีภูมิกู้มกันไวรัสตับอักเสบบี วิทยาลัยแนะนำให้ฉีดวัคซีนภูมิกู้มกันไวรัสตับอักเสบบี เพื่อประโยชน์ของนักศึกษาในการออกฝึกปฏิบัติงานภาคสนามในสถานประกอบการ และเพื่อการประกอบอาชีพในอนาคต)

Has the student had any serious past illnesses, injuries or/and operations? If yes, please give details:

(นักศึกษาเคยมีอาการเจ็บป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุให้รายละเอียด)

I certify that * Mr. /Ms. _____ has been examined by me and is certified
 ขอรับรองว่า (นาย/นางสาว) _____ ได้รับการตรวจสอบโดยข้าพเจ้าและขอรับรองว่า

- Fit for studies. (ขอรับรองว่าสามารถเรียนได้)
 Unfit for studies. (ขอรับรองว่าไม่สามารถเรียนได้)

Comments (ความคิดเห็น) _____

Physician's name
(ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ)

Signature
(ลายมือชื่อแพทย์)

Date/Month/Year
(วัน/เดือน/ปี)

Medical License
(เลขที่ใบอนุญาตแพทย์ผู้ตรวจ)

Remarks (หมายเหตุ)

- You must use only the medical examination form provided by the College and have your medical examination at the hospital only. (You must refrain from drinking water six hours prior to your examination.) (จะต้องใช้แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพจากวิทยาลัยเท่านั้น และต้องทำการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลเท่านั้น) (งดดื่มน้ำ 6 ชั่วโมงก่อนการตรวจ)
- You must submit documents/evidence together with the medical examination form completed by the registered physician on the date of your application. (ต้องส่งเอกสาร/หลักฐานพร้อมกับแบบฟอร์มการตรวจสุขภาพที่กรอกโดยแพทย์ผู้ตรวจในวันที่สมัครเข้าศึกษา)