



ประกาศคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา 2567 (TCAS รอบ 1-3)

เพื่อให้บุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้มีความสมบูรณ์ตามประกาศกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย เรื่อง คุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครเข้าเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับ พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2559 โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สมัครสาขาวิชาแพทยศาสตร์ และเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นจึงขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2567 (TCAS รอบ 1-3) เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1. การตรวจร่างกาย ก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ทั้ง 3 รอบ

ให้เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ ซึ่งมีรายการการตรวจสอบสุขภาพ ดังนี้

- 1) ตรวจวัดความดันโลหิต ซี่โครง
- 2) คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (จากน้ำหนักและส่วนสูง)
- 3) ตรวจวัดการได้ยิน
- 4) ตรวจวัดสายตา และตาบอดสี
- 5) ตรวจสอบสุขภาพทั่วไปโดยแพทย์
- 6) ตรวจเอกซเรย์ปอด

ขอให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ส่งผลการตรวจสอบสุขภาพตามกำหนดการที่จะประกาศให้ทราบต่อไป

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ จะดำเนินการอีกครั้งเมื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ได้รับการคัดเลือกและลงทะเบียนมีสถานภาพเป็นนิสิตของมหาวิทยาลัยเรียบร้อยแล้ว

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

พลเอก

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์)

รักษาการคณบดีคณะแพทยศาสตร์

ใบรับรองแพทย์

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้ขอรับใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

สถานที่อยู่(ที่สามารถติดต่อได้).....

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพดังนี้

1.โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....

2.อุบัติเหตุ และผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....

3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มี มี (ระบุ).....

4.ประวัติอื่นที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 กรอกโดยแพทย์

สถานที่ตรวจ..... เลขที่ใบตรวจสุขภาพ..... วันที่ตรวจ..... (1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... (2)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... ชื่อสถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย.....

แล้วเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... (3) มีรายละเอียดดังนี้

ดัชนีมวลกายกก./ตารางเซนติเมตร ความดันโลหิตมม.ปรอท ชีพจร..... ครั้ง/นาที

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ(ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ปกติ ผิดปกติ

(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

ผลการวัดการได้ยิน ปกติ ผิดปกติ

(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

ผลการวัดสายตา ปกติ ผิดปกติ

(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

ผลการตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ

(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....

.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ

หมายเหตุ (1)ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 3 เดือน นับวันที่ตรวจร่างกาย (2) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (3) ให้แสดงว่าเป็นผู้ร่างกายสมบูรณ์เพียงใด