



แบบฟอร์มตรวจร่างกาย
เพื่อเข้าศึกษาในคณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

ลำดับ

รูปถ่าย 1 นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน
6 เดือน

เฉพาะผู้สมัครสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเดินเรือ (M02) และสาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกลเรือ (M09)

ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/ค่านำหน้าอื่นนามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุปี ส่วนสูงซม. น้ำหนัก กก. หมูโลहित.....

ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้สมัคร

- | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------|--|--|--|
| 1. Epilepsy of Attack | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 7. HIV | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 13. Chronic respiratory Disorder | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 2. Kidney Disease | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 8. Hypertension | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 14. Muscular – skeletal | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 3. Venereal Disease | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 9. Cancer | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 15. Gastro-intestinal infectious disease | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 4. Seizures | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 10. Obesity | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 16. Skin Disease | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |
| 5. Narcotics History | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 11. Heart | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 17. Chronic dental and digestive | |
| 6. Tuberculosis | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | 12. Diabetes | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> | System problem | เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> |

18. Distance Vision	19. Color Vision	20. Hearing (dB)	21. Blood Pressure
UNCORRECTED	<input type="checkbox"/> Ishihara Book	Right Ear dB	Systolic
Right Eye 20/.....	<input type="checkbox"/> Holmes Lantern	Left EardB	Diastolic
Left Eye 20/.....	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
Both Eye 20/.....	<input type="checkbox"/> Abnormal	(< 40dB)	<input type="checkbox"/> Abnormal

22. ผลตรวจ VDRL Non-reactive

23. ผลตรวจ Chest X-Ray Normal

ท่านเคยเข้ารับการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก/ไขข้อ

ไม่เคย เคย เนื่องจาก.....

ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจร่างกายผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง/ ค่านำหน้าอื่นนามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น

ของโรงพยาบาล..... ตั้งอยู่ที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกายของผู้สมัคร นาย/ค่านำหน้าอื่น.....นามสกุล

โดยละเอียดแล้วไม่ปรากฏเป็นโรค หรือโรคติดต่อร้ายแรง และไม่มีสภาพการของร่างกายที่อาจขัดต่อการศึกษาในวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติงานบนเรือกลเดินทะเล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้สมัครเอง ตามที่ได้ระบุไว้ข้างบน

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ: 1. ให้ประทับตราสถานพยาบาลที่รูปถ่ายผู้สมัครด้านบน ณ วันที่ตรวจ และลงนามไว้เป็นสำคัญ
2. เป็นไปตามแบบใบรับรองสุขภาพ กองมาตรฐานคนประจำเรือ กรมเจ้าท่า



ใบบันทึกคะแนนทดสอบพลศึกษา และว่ายน้ำ
เพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในคณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา

ลำดับ

รูปถ่าย 1 นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน
6 เดือน

เฉพาะผู้สมัครสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเดินเรือ (M02) และสาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกลเรือ (M09)

ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/ค่านำหน้าอื่น นามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....

มีสุขภาพร่างกาย สมบูรณ์ แข็งแรง และว่ายน้ำเป็น และขอรับรองว่า รูปถ่ายที่ติดอยู่นี้เป็นของข้าพเจ้าจริง

ความยินยอมของบิดา-มารดาหรือผู้ปกครองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว/ค่านำหน้าอื่น.....นามสกุล อายุ ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....

ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ชื่อสถานที่/หมู่บ้าน.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดี.....โทรศัพท์มือถือ.....

เกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดา/ผู้ปกครองของผู้สมัคร นาย/ค่านำหน้าอื่น.....นามสกุล.....

ยินยอมให้ผู้สมัคร ซึ่งมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และว่ายน้ำเป็น เข้ารับการทดสอบพลศึกษาและว่ายน้ำ ตามที่ระเบียบการรับสมัครและคัดเลือกได้กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

ผลการทดสอบพลศึกษา และว่ายน้ำของผู้สมัคร			กรรมการที่ทดสอบลงนาม
1. ยึดพื้น/ต้นข้อ 60 วินาที	ครั้ง	คะแนน	
2. ลูกนั่งในเวลา 60 วินาที	ครั้ง	คะแนน	
3. วิ่งกลับตัว 4X 10 เมตร	วินาที	คะแนน	
4. วิ่ง 1,000 เมตร	นาที:วินาที	คะแนน	
5. ว่ายน้ำ 50 เมตร	วินาที	คะแนน	

รวม.....คะแนน

ข้าพเจ้าได้รับทราบผลการทดสอบพลศึกษาและว่ายน้ำ ตรวจสอบแล้วถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและบันทึกคะแนน ผลการทดสอบพลศึกษาและว่ายน้ำ ที่ผู้สมัครได้รับเรียบร้อยแล้ว