รายงานการตรวจสุขภาพผู้สมัครอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์

ข้อมูลส่วนที่ 1 (ผู้สมัครอบรมเป็นผู้กรอกด้วยตัวบรรจง)

1.1 ประวัติส่วนตัว

ชื่อ – สกุล .....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี

จังหวัดที่เกิด.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

สถานที่ตรวจสุขภาพ.....จังหวัด .....

1.2 ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) ว่านักเรียนมีหรือไม่มีโรครวมทั้งภาวะ ดังต่อไปนี้

มี	ไม่มี	โรค	รายละเอียด
( )	( )	พิการทางร่างกาย	.....
( )	( )	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	.....
( )	( )	ติดยาเสพติด	.....
( )	( )	โรคพิษสุราเรื้อรัง	.....
( )	( )	โรคเท้าช้าง	.....
( )	( )	โรคเรื้อน	.....
( )	( )	ลมชัก	.....
( )	( )	โรคหัวใจ	.....
( )	( )	วัณโรค	.....
( )	( )	โรคเบาหวาน	.....
( )	( )	ความดันโลหิตสูง	.....
( )	( )	โรคไต	.....
( )	( )	ตาบอดสี	.....
( )	( )	หูหนวก หูตึง หูน้ำหนวก	.....
( )	( )	เป็นใบ้ พูดไม่ชัด ติดอ่าง	.....
( )	( )	โรคระบบทางเดินหายใจ	.....
( )	( )	โรคดีซ่าน ตับอักเสบ	.....
( )	( )	อุบัติเหตุ กระดูกหักมีบาดแผล	.....
( )	( )	เคยได้รับการผ่าตัด	.....
( )	( )	อื่นๆ	.....

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ทางคลินิกทันตกรรมในเครือออเร้นจ์สมาย ตัดสิทธิ์การอบรมหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์

ลงชื่อ .....ชื่อผู้สมัครอบรม

(.....)

ข้อมูลส่วนที่ 2 (แพทย์เป็นผู้กรอก)

2.1 การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก..... ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. อุณหภูมิ..... C

ชีพจร .....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mm.Hg

ความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานผู้ช่วยทันตแพทย์

.....

.....

.....

2.2 การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA: UP RIGHT)

.....

.....

.....

การแปลผล

ปกติ ☐ ผิดปก☐

.....

.....

รังสีแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....) วันที่.....

2.3 การตรวจตาบอดสี

ตรวจโดยให้อ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

ผู้เข้าอบรมสามารถอ่านได้ถูกต้อง จำนวน..... PLATES

การแปลผล

.....

.....

จักษุแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....) วันที่.....

2.4 การตรวจการได้ยิน (Audiometry)

การแปลผล

ปกติ ☐ ผิดปก☐

.....

.....

โสต ศอ นาสิกแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....) วันที่.....

****ผู้สมัครอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์ คลินิกทันตกรรมในเครือออเร้นจ์สมาย ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์จากโรงพยาบาลของรัฐ โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอก ผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราตรวจโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ