



**แบบฟอร์มตรวจร่างกาย**  
**เพื่อเข้าศึกษาในคณะพาณิชยศาสตร์บริหารธุรกิจ**  
**มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตศรีราชา**

ลำดับ
รูปถ่าย 1 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

เฉพาะผู้สมัครสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การเดินเรือ (M02) และสาขาวิชาวิศวกรรมเครื่องกลเรือ (M09)

<b>ข้อมูลส่วนตัวผู้สมัคร</b>
------------------------------

ข้าพเจ้า นาย/นางสาว/คำนำหน้าอื่น .....นามสกุล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... ออกให้ ณ อำเภอ/เขต.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ .....ปี ส่วนสูง .....ซม. น้ำหนัก ..... กก. หมูโหลทิต.....

<b>ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้สมัคร</b>			
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            เป็น <input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/>	
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 Right Eye    20/..... Left Eye     20/..... Both Eye    20/.....	<input type="checkbox"/> Ishihara Book <input type="checkbox"/> Holmes Lantern <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	Right Ear ..... dB Left Ear .....dB <input type="checkbox"/> Normal (< 40dB)	Systolic ..... Diastolic ..... <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal

22. ผลตรวจ VDRL <input type="checkbox"/> Non-reactive <input type="checkbox"/> .....	23. ผลตรวจ Chest X-Ray <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> .....
--	---

ท่านเคยเข้ารับการรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก/ไขข้อ

ไม่เคย     เคย เนื่องจาก.....

**ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจร่างกายผู้สมัคร**

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง/ คำนำหน้าอื่น .....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์..... ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น .....  
 ของโรงพยาบาล..... ตั้งอยู่ที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกายของผู้สมัคร นาย/คำนำหน้าอื่น.....นามสกุล .....

โดยละเอียดแล้ว**ไม่ปรากฏ**เป็นโรค หรือโรคติดต่อร้ายแรง และ**ไม่มี**ความพิการของร่างกายที่อาจขัดต่อการศึกษาในวิชาชีพ  
 เช่น การปฏิบัติงานบนเรือกลเดินทะเล ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้สมัครเอง ตามที่ได้ระบุไว้ข้างบน

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1. ให้ประทับตราสถานพยาบาลที่ถ่ายรูปผู้สมัครด้านบน 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  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....ออกให้ 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 ตามที่ระเบียบการ  
รับสมัครและคัดเลือกได้กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

ผลการทดสอบพลศึกษา และว่ายน้ำของผู้สมัคร			กรรมกรที่ทดสอบลงนาม
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