



รายงานประเมินสุขภาพตนเอง
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2565 (รอบที่ 2 Quota)

ชื่อ-สกุล.....เพศ () ชาย () หญิง
 วัน เดือน ปีเกิด.....เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
 อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....โควตาจังหวัด.....

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้นักศึกษาเป็นผู้กรอกตามความเป็นจริง เพื่อ
 ประโยชน์ต่อตัวท่านเอง)**

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค /อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้ (ถ้ามีชี้แจงรายละเอียด)

- | มี | ไม่มี | รายละเอียด |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.1 หอบหืด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.2 วัณโรคปอด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.3 ไอเป็นเลือด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.4 ความดันโลหิต..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.5 ตัวเหลืองตาเหลือง..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.6 โรคลมชัก..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.7 ไข้เลือด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.8 โรคเบาหวาน..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.9 หูน้ำหนวก..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.10 โรคหัวใจ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.11 กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.12 ได้รับการผ่าตัด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.13 โรคทางจิตประสาท..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.14 โรคทางผิวหนังที่ติดต่ออันตราย เช่น โรคเรื้อน..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.15 ยาที่ใช้เป็นประจำอื่นๆ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.16 โรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 2) |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูล
 ไม่เป็นความจริงหรือมีการปกปิดข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมถูกตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษาหลักสูตร
 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2565 ทั้งนี้

.....
 (.....)

นักเรียนที่ประเมินสุขภาพ
 วันที่.....เดือน.....ปี.....



โรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

1. ปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (psychotic disorders) โรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) ชนิด antisocial personality disorders หรือ borderline personality disorders รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
3. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
4. ความพิการทางร่างกายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
5. ความผิดปกติในการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล และความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) น้อยกว่าร้อยละ 70 จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss) อันอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
6. ความผิดปกติในการเห็นภาพ และคณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายของสถาบันนั้น ๆ เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยมีระดับการมองเห็นในตาข้างดี เมื่อแก้ไขด้วยแว่นสายตาแล้ว แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40
7. โรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ และคณะกรรมการแพทย์ผู้ตรวจร่างกายของสถาบันนั้น ๆ เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพเวชกรรม