

การตรวจสุขภาพ

Brewster¹

SUMMER PROGRAMS

80 Academy Drive, Wolfeboro, NH 03894
603-569-7155 FAX: 603-569-7050

IMPORTANT INFORMATION CONCERNING MEDICAL FORMS

ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับแบบรายงานผลการตรวจสุขภาพของนักเรียน โดยแพทย์

All health forms must be completed and received prior to the student's arrival at the Thai Scholar Orientation Program. แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ทุกคน จะต้องกรอกข้อมูลโดยครบถ้วนสมบูรณ์ และส่งถึง Brewster Academy ก่อนวันที่นักเรียนเดินทางถึงสหรัฐอเมริกา

Required Forms Checklist: รายการเอกสารทั้งหมดที่นักเรียนต้องนำส่ง Brewster Academy:

- 1 [] Medical History – to be completed by parent and student ประวัติทางการแพทย์ ที่กรอกและลงนามโดยผู้ปกครองและนักเรียน
- 2 [] Brewster Medical Authorization form – to be completed by parent and student
แบบอนุญาตให้โรงเรียนดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- 3 [] Physical Examination- to be completed by a physician ผลรายงานการตรวจร่างกาย ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์
- 4 [] Immunization Record – to be completed by a physician. Please note that these are New Hampshire state required immunizations. If the student is attending prep school in another state that has other requirements, he/she will be contacted regarding any additional immunizations needed. *Please send to cbrown@brewsteracademy.org as soon as it's completed.
บันทึกการฉีดวัคซีน ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ โดยรายการวัคซีนที่กำหนดให้นักเรียนต้องได้รับการฉีดตั้งปรากฏในบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ เป็นไปตามข้อกำหนดของรัฐนิวแฮมป์เชียร์เป็นการเฉพาะ ส่วนนักเรียนที่จะเข้าศึกษา ณ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในรัฐอื่น อาจมีข้อกำหนดที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ Brewster Academy จะแจ้งให้นักเรียนแต่ละรายทราบโดยตรงว่าต้องได้รับการฉีดวัคซีนใดเพิ่มอีก เมื่อแพทย์กรอกและลงนามบันทึกการฉีดวัคซีนแล้ว ขอให้ส่งต่อไปยัง cbrown@brewsteracademy.org โดยทันที
- 5 [] Medication Form – to be completed by a physician only if student is taking prescription medication. รายงานการใช้ยา ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ (เฉพาะกรณีนักเรียนที่ต้องใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ อยู่เป็นประจำ)
- 6 [] Medical Certificate ผลการตรวจสุขภาพ
- 7 [] Dental Exam ผลการตรวจทางทันตกรรม
- 8 [] Spinal Exam ผลการตรวจกระดูกสันหลัง
- 9 [] Eye Exam ผลการตรวจสุขภาพตา/ตรวจวัดสายตา

1. Medical History ประวัติทางการแพทย์ กรอกและลงนามโดยผู้ปกครองและนักเรียน

Attach Student Photo
ติด ภาพถ่าย ของนักเรียน

Medical History ประวัติทางการแพทย์
To be completed by parent and student กรอกและลงนามโดยผู้ปกครองและนักเรียน

Student Name: _____

Date of Birth: _____ (MM/DD/YYYY) Sex: ____ M ____ F

Home Address: _____

Is the student taking prescription medication? (นักเรียนกำลังใช้ยาตามใบสั่งแพทย์อยู่หรือไม่)
 ____ Yes ____ No
 If yes, the physician needs to complete medication form. (ถ้าใช่ ต้องให้แพทย์กรอก Brewer Academy medication form (รายงานการใช้ยา) ที่แนบมาด้วย)

Has the student at any time during his/her life had any of the following? (ที่ผ่านมา นักเรียนเคยมีอาการของโรคดังต่อไปนี้หรือไม่)
 Yes No Detailed Information/Year of onset รายละเอียดปีที่เกิดขึ้นอาการ

____ ADHD (โรคสมาธิสั้น)

____ Allergies *Food (โรคภูมิแพ้อาหาร) *If yes, complete section below

____ Allergies *Medication (โรคภูมิแพ้ยา) *If yes, complete section below

____ Allergies *Other (โรคภูมิแพ้อื่น ๆ) *If yes, complete section below

____ Anemia (โรคโลหิตจาง)

____ Anxiety (โรควิตกกังวล)

____ *Asthma (โรคหอบหืด) *If yes, complete section below

____ Back problems (โรคปวดหลัง)

____ Cancer (โรคมะเร็ง)

____ Chicken Pox (โรคอีสุกอีใส)

____ Chronic Sinusitis (โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง)

____ Colitis (โรคลำไส้อักเสบ)

____ Concussion (การกระทบกระเทือนทางสมอง)

____ Depression (โรคซึมเศร้า)

____ Diabetes (โรคเบาหวาน)

____ Eating Disorder (ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร)

____ Epilepsy (โรคลมชัก)

____ Fainting or dizziness (อาการหน้ามืด/เวียนศีรษะ)

____ Heart Murmur (เสียงฟู่ของหัวใจ)

*ALLERGIES (โรคภูมิแพ้): _____

Typical response (อาการทั่วไปของอาการแพ้): _____

Treatment (การรักษา): _____

Does your child carry an Epi-pen? (นักเรียนจะพกยาฉีดช่วยทางเดินหายใจฉุกเฉินหรือไม่) ____ Yes ____ No

*ASTHMA (โรคหอบหืด): Inhaler or treatment type (ชื่อยาพ่นยาที่นักเรียนใช้ หรือการรักษาโดยวิธีอื่น): _____

How often is inhaler used? (นักเรียนใช้ยาพ่นยาบ่อยครั้งเพียงใด) _____ times/per (ครั้ง/ต่อช่วงเวลา)

What triggers asthma attacks? (สิ่งกระตุ้นอาการหอบหืดของนักเรียน) _____

Has the student at any time during his/her life had any of the following? (ที่ผ่านมา นักเรียนเคยมีอาการของโรคดังต่อไปนี้หรือไม่)
 Yes No Detailed Information/Year of onset รายละเอียดปีที่เกิดขึ้นอาการ

____ Hemorrhoid (โรคริดสีดวงทวาร)

____ Hepatitis (โรคไวรัสตับอักเสบ)

____ High blood pressure (โรคความดันโลหิตสูง)

____ Low blood pressure (โรคความดันโลหิตต่ำ)

____ Insomnia (โรคนอนไม่หลับ)

____ Kidney problems (โรคไต)

____ Malaria (โรคมาลาเรีย)

____ Measles (โรคหัด)

____ Migraines (โรคไมเกรน)

____ Mononucleosis (โรคติดเชื้อโมโนนิวคลีโอซิส)

____ MRSA (โรคติดเชื้อ MRSA)

____ Mumps (โรคคางทูม)

____ Pneumonia (โรคปอดบวม)

____ Rheumatic Fever (โรคไข้วมาติก)

____ Seizure Disorder (โรคลมชัก)

____ Appendectomy Surgery (การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ)

____ Hernia repair Surgery (การผ่าตัดไส้เลื่อน)

____ Tonsillectomy Surgery (การผ่าตัดต่อมทอนซิล)

____ Other Surgery (การผ่าตัดอื่น)

____ Thyroid Disorder (ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์)

____ Urinary tract infection (โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ)

____ Weight gain or loss (น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลดลง)

____ Whooping cough/Pertussis (โรคไอกรน)

____ Women Only: (สำหรับนักเรียนหญิงเท่านั้น) *Age of first menstruation (มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ) _____

____ Irregular periods (ประจำเดือนมาไม่ปกติ)

____ Severe cramps (ปวดท้องประจำเดือนรุนแรง)

Honest disclosure of medical history is necessary to provide appropriate care for the student. We certify that the above answers are true and complete. We are aware that any falsification or omission of fact may result in immediate discharge from the scholarship program. การเปิดเผยข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของนักเรียนตามความเป็นจริง มีความสำคัญต่อสวัสดิภาพของนักเรียน ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลทั้งหมดข้างต้นถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประการ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าการแจ้งข้อมูลนี้เป็นเรื่อง หรือไม่ควรเปิดเผยข้อมูล อาจส่งผลให้นักเรียนถูกยกเลิกสิทธิ์การรับทุนโดยทันที

Parent Signature: _____ Date: _____

Student Signature: _____ Date: _____

*Do you want to receive the influenza vaccine at prep school this fall? ____ Yes ____ No If the answer is yes, please have your parent sign here: นักเรียนต้องการรับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในขณะที่กำลังศึกษา ณ โรงเรียนมัธยมในภาค Fall ปีนี้หรือไม่ หากต้องการ นักเรียนต้องลงนามให้ผู้ปกครองลงนามที่นี่:

Parent Signature: _____

2. Brewster Academy Medical Authorization ลงนามโดยผู้ปกครองและนักเรียน

Brewster

SUMMER PROGRAMS

80 Academy Drive, Wolfeboro, NH 03894
603-569-7155 FAX: 603-569-7050

Brewster Academy Medical Authorization

This form is a permission statement that must be completed and signed by a parent or guardian and student.

Student's name: _____ Birth date: _____

Home address: _____

____ Male ____ Female Student Email: _____

Parent's full name: _____

Address: _____

Email Address: _____

Phone Numbers: (h) _____ (w) _____ (c) _____

Legal Guardian while in the United States (Primary Contact in the event of Emergency):

Mrs. Nipatta Bunjonglikitsarn, Minister (Education)

Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy, 1906 23rd Street, NW, Washington, DC 20008

Email: ts@oeadc.org, Phone: (w) 202-667-6084 (c) 202-403-4420

Confidentiality

We respect the privacy of our students' medical care, yet we urge students to communicate with their parents about any medical issues. Parents and students agree, as a condition of enrollment, to consent to the release of any medical records, including information relating to drug or alcohol treatment and testing and mental health records. Such records will be released to faculty and administrators at Brewster Academy, and their agents, on a need to know basis when a health care professional at Brewster Academy has determined such release is in the best interest of the student and/or the community.

Medical Authorization

I hereby consent for the Health Services at Brewster Academy to direct health care providers to carry out accepted procedures for diagnosis, immunization, medical and minor surgical treatment or counseling for my child while attending school. I authorize the Health Center to share necessary and appropriate medical information with the treating physician and to release information necessary to process insurance claims. I authorize the Brewster Academy staff to administer OTC (over the counter) and prescription medication as directed and to provide medication to my child for self-administration if needed. I also give permission for my child's immunizations to be completed in accordance with all applicable laws.

Emergency Medical Authorization

In rare instances when any emergency arises and where delay might jeopardize the recovery of my child, I hereby authorize the appropriate physicians or surgeons to give necessary anesthesia and perform emergency surgery on my child. I understand that in the event of an emergency, the School will use all reasonable efforts to contact me or the legal guardian as soon as possible.

Persons treating my child should be aware of the following Allergies or Medical Conditions: _____

Signature of parent/guardian

Date

Student signature

Date

3. Physical Examination ผลรายงานการตรวจร่างกาย ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ (2 หน้า)

Physical Examination- Page 1

To be completed by physician

Student Name: _____

Home Address: _____

Date of Birth: _____ Age: _____ Sex: ____M ____F Date of Examination: _____

Place of Examination: _____

Does the student have allergies? ____Yes ____No If yes, what allergies? _____

Does the student take medication? ____Yes ____No If yes, prescribing MD, please complete medication form.

Are all NH required immunizations up to date? (See immunization form) _____

Please list boosters given at this visit _____

Blood Pressure: _____/_____/_____ Heart rate: _____ Height _____ Weight _____

International Students: TB (PPD): Required within 6 months of arrival on campus.

Date Planted: ____/____/____ Date Read: ____/____/____ mm induration: _____

If greater than 10mm, CXR required. CXR results: _____ Include copy of report.

Was INH therapy started? If so, please provide details.

Are there abnormalities in any of the following systems? (Please explain)

Head, eyes, ears, nose, throat _____

Vision without glasses ____/____ Vision with glasses ____/____ Wears contact lenses? ____Yes ____No

Respiratory _____

Heart _____ Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva) _____

Gastrointestinal _____

Musculoskeletal _____

Metabolic/Endocrine _____

Neuropsychiatric _____

Skin _____

LABORATORY EXAMINATION:

1. Blood Examination

Blood Group _____

Hemoglobin _____

Hematocrit _____

Blood Film

Malaria ____Negative____Positive

Microfilaria ____Negative____Positive

(for clinical suspected case only)

WBC _____% CELL/cu.mm

PMN _____%

LYMPH _____%

MONO _____%

EOS _____%

BASO _____%

Others _____%

2. Serological Test

VDRL ____Negative____Positive

Physical Examination- Page 2

To be completed by physician

LABORATORY EXAMINATION continued

3. Urine/Urethral Examination

Urinalysis

Color _____

Sp. Gravity _____

pH _____

Sugar _____

Albumin _____

Blood _____

Bacteria _____

Others _____

Urethral discharge swab microscopic exam

(for clinical suspected case only)

Findings _____

Microscopic Exam

Urine Emit Test (opiate, amphetamine, marijuana) ____Negative____Positive

4. Biochemical Analysis

Creatinine _____

FBS _____

Cholesterol _____

Triglyceride _____

5. Stool Examination

Parasites

E. Histolytica ____Negative____Positive

Others _____

6. Chest X-Ray

Findings _____

7. Other Examination

(Suggested by clinical exam physician)

I hereby certify that the examinee _____ is:

Student Name

____ Physically ready for study abroad and able to participate in sports.

____ Physically ready for study abroad and able to participate in sports with the following restrictions:

____ Physically not ready for study abroad or to participate in sports.

Physician's Name _____ Title _____

Physician's Signature _____ Date _____

4. Immunization Record บันทึกการฉีดวัคซีน ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์

Brewster Academy Summer Programs
80 Academy Drive, Wolfeboro, NH 03894

Immunization Record

The State of New Hampshire and Brewster Academy have the following immunization requirements.
All immunizations must be completed PRIOR to student's arrival on campus.
This form must be completed by a physician.

Name of student: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____

VACCINE	DATE EACH DOSE IS GIVEN (month/day/year)				
	1 ST	2 ND	3 RD	4 TH	5 TH
Polio - OPV/IPV: 3 doses required, with the last dose after the child's 4 th birthday or 4 doses regardless of age of administration.					
DPT - Diphtheria, Tetanus, Pertussis: 4 or more doses. One dose must be after child is 4 years old.					
Hepatitis B - Three doses required. Must have at least 30 days between first and second dose.					
Tdap Booster - Tetanus, Diphtheria, Acellular Pertussis: One-time dose of Tdap after 11 years of age.					
MMR - 2 doses required. First dose MUST be after the student is 1 year old; otherwise, a third dose is required.					
Varicella - 2 doses required. First dose MUST be after the student is 1 year old; otherwise, a third dose is required. Laboratory confirmation of chicken pox disease is required.			OR date and copy of titer lab report:		
Meningococcal - 2 doses required. First dose at age 11, second after 16 years old. Indicate if Menactra or Menomune.			____ Menactra ____ Menomune		
TB - Mantoux - within the last 6 months <i>International Students Only</i> **If 10 mm or greater, CXR required, and send a copy of report. **	Date Planted: _____		Date Read: _____		
	Mm induration: _____				
If INH Therapy has been completed, please give dates:					

List names and dates of any additional immunizations given:

Vaccine	Date	Vaccine	Date	Vaccine	Date

Is student receiving allergy injections? ____ Yes ____ No

If yes, and if the injections are to be continued, a doctor's SIGNED authorization and schedule is needed.

Date: _____ Signature of physician completing form: _____

Physician's name and address:

- นำแบบฟอร์มนี้ พร้อมประวัติการฉีดวัคซีนตั้งแต่แรกเกิด ไปติดต่อสถานพยาบาลหรือแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจ กรอกข้อมูลให้ และลงชื่อพร้อมประทับตราสถานพยาบาล
- หากไม่สามารถให้แพทย์ผู้ตรวจตั้งแต่แรกเกิดลงข้อมูลรับรองให้ได้ ให้ นทร. ประสานกับสถานพยาบาลในคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ที่ตรวจสอบสุขภาพกายให้ เป็นผู้ลงข้อมูลให้ หรือจะติดต่อสถานพยาบาลอื่นๆ ทั้งของรัฐและเอกชน ที่สามารถดำเนินการให้ก็ได้
- หากต้องรับการฉีดวัคซีนเพิ่ม ขอให้แพทย์ออกใบรับรองที่นัดหมายการฉีดวัคซีนในครั้งต่อไปด้วย

5. Medical Form รายงานการใช้ยา ที่กรอกและลงนามโดยแพทย์ (เฉพาะนักเรียนที่ต้องใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ อยู่เป็นประจำ)

Brewster Academy Medication Information

To be completed by physician if student is on any medication.

Student Name: _____ Date of Birth: _____

Medication Allergies: _____

- ☐ Student is not taking any prescription medication.
☐ Student medication information is indicated below.

Doctor, please be aware that a student is required to take his/her medication as ordered. Please discuss with student and parents if medication is required on non-class days to avoid confusion and insure compliance.

Medication: _____ dose: _____ frequency: _____ route: _____

Reason for medication: _____

How long has the student been on this medication? _____

- Please check one: ☐ Med should be taken at scheduled frequency only for class and study time.
☐ Med should be taken at scheduled frequency every day including non-class days.

Medication: _____ dose: _____ frequency: _____ route: _____

Reason for medication: _____

How long has the student been on this medication? _____

- Please check one: ☐ Med should be taken at scheduled frequency only for class and study time.
☐ Med should be taken at scheduled frequency every day including non-class days.

Medication: _____ dose: _____ frequency: _____ route: _____

Reason for medication: _____

How long has the student been on this medication? _____

- Please check one: ☐ Med should be taken at scheduled frequency only for class and study time.
☐ Med should be taken at scheduled frequency every day including non-class days.

Printed Name of Physician: _____

Address: _____

Phone: _____ FAX: _____

Physician's Signature: _____ Date: _____

ตัวอย่างการตรวจสุขภาพ

เอกสารเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพของนักเรียนทุน

TS 62 - USA (ภาษาอังกฤษ)

6. ผลตรวจสุขภาพร่างกาย – จิต โดยคณะกรรมการแพทย์ ก.พ. ตัวจริง 2 ชุด พร้อมสำเนา

7. ประวัติการตรวจฟัน ระบุ Diagram ของฟันแต่ละซี่ ว่าทำอะไรบ้างกับฟันซี่ใดบ้าง (ใบรับรองแพทย์ต้องมี Teeth Diagram)

8. ผลการตรวจความคด โกง ของกระดูกสันหลัง เน้นความเห็นแพทย์ว่าเหมาะสำหรับการเล่นกีฬาที่มีการปะทะ หรือการแข่งขันสูง เช่น Football, Hockey, Rugby หรือไม่ (ใบรับรองแพทย์ฟอร์มโรงพยาบาล)

9. การตรวจตา ระบุขนาดสายตาสายและขวา (บอดสี เอียง ลั่น ยาว เท้าไห้ร่ ตาแห้งหรือไม่ ใช้ contact lens หรือแว่นตา ต้องใช้แว่นตาดำเวลาอยู่ที่แจ้งหรือไม่ เป็นต้น (ใบรับรองแพทย์ฟอร์มโรงพยาบาล)

ข้อ 7 – 9 สามารถตรวจที่โรงพยาบาลใดก็ได้
ทั้งรัฐและเอกชน



6. Medical Certificate ผลการตรวจสุขภาพ การตรวจสุขภาพกาย – จิต โดยคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. (ฟอร์มตรวจที่ได้รับเมื่อ 20 ก.พ. 62)

MEDICAL CERTIFICATE

Mental Health Examination

ติดรูปถ่าย

Place of Examination:

Date of Examination:

I certify that the above date I examined

Name:.....Age.....Sex ☐ M ☐ F

Date of Birth:.....Marital Status ☐ M ☐ S

Home Address:

I examined specifically for evidence of any of the following items:

Examinee's Name:

Date of Examination:

Summary of Results:

I hereby certify that the examinee has no current evidence of psychiatric disturbance that interferes with the ability to study.

A. MEDICAL HISTORY

Have you ever in your life, including childhood, had any of the following:-

<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>detailed information</u>
---	---	Asthma
---	---	Hypertension
---	---	Hemoptysis
---	---	Heart diseases
---	---	Diabetes mellitus
---	---	Jaundice
---	---	Epilepsy
---	---	Edema
---	---	Otorrhea
---	---	Hernia
---	---	Hemorrhoid
---	---	Accidents
---	---	Fracture
---	---	Surgical operation.....
---	---	Alcohol consumption.....

Your L.M.P.

I certify that the above answers are true and complete, I am aware that any falsification or omission of fact result in my immediate discharge from the scholarship programme.

.....
(.....) Examinee

(Signature).....

(
Psychologist

(Date).....

(Affiliation).....

7. Dental Exam ผลการตรวจทางทันตกรรม

Logo โรงพยาบาล

ที่อยู่โรงพยาบาลและเบอร์ติดต่อ

PHYATHAI 2 HOSPITAL

ตัวอย่างการตรวจทางทันตกรรม

Medical Certificate

Dental Department, Phyathai 2 Hospital

Date... 7 April 2014

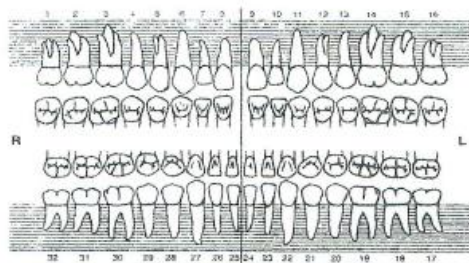
Patient's name Age years Sex HN

Address

This is to certify that..... was seen here for dental examination on.....

Diagnosis Good oral health

Oral examination findings Full mouth. Good condition of teeth & gums. no cavities found. no dental plaque & calculus deposits.



Teeth Diagram แบบใดก็ได้

Summary Healthy

Signature.....

(.....)

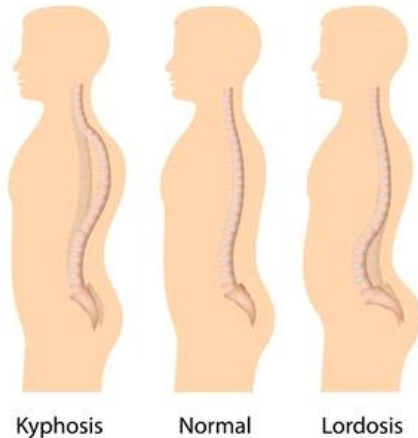
License no.

ลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจ
และประทับตราโรงพยาบาล

8. Spinal Exam ผลการตรวจกระดูกสันหลัง

Logo
โรงพยาบาล

ที่อยู่โรงพยาบาลและเบอร์ติดต่อ



Kyphosis

Normal

Lordosis

ใบรับรองแพทย์
Medical Certificate

ตัวอย่างการตรวจกระดูกสันหลัง

เลขที่ (No.) D15/600386

วันที่ (Date) 7 April 2015

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง (Physician)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (Medical License No.)

ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยชื่อ (Patient's name) อายุ (Age) 18 Years

เลขประจำตัวผู้ป่วย (ID No.) ตรวจเมื่อวันที่ (Date of Examination) 7 April 2015

วินิจฉัยว่าเป็นโรค (Diagnosis)

ตรวจพบกระดูกสันหลังค่อม

เห็นสมควรให้ (Recommendation)

☐ เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลนี้จริง (Admitted to the hospital.)

ระหว่าง (from) ถึง (to)

☐ เห็นสมควรให้ลาป่วย (Sick leave.)

ตั้งแต่วันที่ (from) ถึง (to)

☒ อื่นๆ No restriction of any sort activities

ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจ

Physician

(หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย ☒ หน้าชื่อที่ต้องการ และลงนามกำกับด้านหน้า ☒ โดยแพทย์ทุกครั้ง)

(Physician, please check and sign the appropriate box)

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / หน่วยงาน

Hospital Staff / Department

ผู้รับใบรับรองแพทย์ หรือผู้รับการตรวจ


Patient's name or Client

ลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจ
และประทับตราโรงพยาบาล



9. Eye Exam ผลการตรวจสุขภาพตา - ตรวจวัดสายตา



Logo โรงพยาบาล	ที่อยู่โรงพยาบาลและเบอร์ติดต่อ	
	ใบรับรองแพทย์ Medical Certificate	ตัวอย่างการตรวจตา
เลขที่ (No) วันที่ (Date) 7 เมษายน 2558		
จักษุแพทย์ / แพทย์หญิง (Physician) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ (Medical License No.) ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยชื่อ (Patient's name) อายุ (Age) ปี เวลาตรวจตาด้วย (H.V.) ตรวจเมื่อวันที่ (Date of Examination) 7 เมษายน 2558 วินิจฉัยว่าโรค (Diagnosis) <i>myopia</i> <i>right eye - 7.50</i> <i>left eye - 7.50 - 0.75 x 180</i> <i>with normal visual acuity</i> <i>Color vision normal (by Ishihara's test)</i>		
ข้อเสนอแนะ (Recommendation) <input type="checkbox"/> เข้ารับการรักษากับผู้ตรวจตาในโรงพยาบาลนี้จริง (Admitted to the hospital.) ระหว่าง (from) ถึง (to) <input type="checkbox"/> เสนอแนะให้ลาป่วย (Sick leave.) ตั้งแต่วันที่ (from) ถึง (to) <i>C. K. K.</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>ตา - normal vision with glasses</i> <i>- normal color vision</i> <i>- normal eye (no eye problem or disease)</i>		
ลงชื่อ  แพทย์ผู้ตรวจ Physician		
(นรแพทย์ ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> นำข้อที่ส่งการ และลงนามกำกับด้านหน้า <input checked="" type="checkbox"/> โดยแพทย์ผู้ตรวจ) (Physician, please check and sign the appropriate box)		
..... เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล / หน่วยงาน Hospital Staff / Department ผู้รับใบรับรองแพทย์ หรือผู้รับการตรวจ Patient's name or Client	

ลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจ
และประทับตราโรงพยาบาล

