



ประกาศมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง  
เรื่อง การตรวจสอบคุณภาพนิสิตใหม่ ชั้นปีที่ ๑ ภาคปกติ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพนิสิต ฝ่ายกิจการนิสิตวิทยาเขตพัทลุง เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๗ และมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยทักษิณ พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยทักษิณที่ ๒๐๙๖/๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ เรื่อง มอบอำนาจและภารกิจรองอธิการบดีวิทยาเขตพัทลุง ปฏิบัติหน้าที่แทน อธิการบดี จึงประกาศ เรื่อง การตรวจสอบคุณภาพนิสิตใหม่ ชั้นปีที่ ๑ ภาคปกติ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ ให้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. การรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพ ต้องใช้แบบฟอร์มของทางมหาวิทยาลัยเท่านั้น สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ [www.tsu.ac.th](http://www.tsu.ac.th) และต้องได้รับการประทับตราของสถานพยาบาล
๒. สามารถใช้บริการตรวจสอบสุขภาพได้ที่โรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน
๓. การส่งเอกสาร ให้ดำเนินการส่งเอกสารได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑ สามารถส่งเอกสารได้ด้วยตนเองที่ อาคารบริการและสวัสดิการนิสิต (ข้างร้านสะดวกซื้อเซเว่น อีเลฟเว่น) หรือ ส่งทางไปรษณีย์ได้ที่ ภารกิจส่งเสริมสุขภาพนิสิต ฝ่ายกิจการนิสิตวิทยาเขตพัทลุง มหาวิทยาลัยทักษิณ อำเภอ ป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ๙๓๒๑๐
๔. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ภารกิจส่งเสริมสุขภาพนิสิต ฝ่ายกิจการนิสิตวิทยาเขตพัทลุง หมายเลขโทรศัพท์ ๐ - ๗๔๖๐ - ๙๖๐๐ ต่อ ๗๑๘๐ หรือ ๐๘ - ๑๓๔๘ - ๐๒๖๗, ๐๘ - ๘๗๙๒ - ๙๑๒๓

จึงประกาศมาเพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(อาจารย์ ดร.สุชาติ สุขสถิตย์)

รักษาการแทนรองอธิการบดีวิทยาเขตพัทลุง ปฏิบัติหน้าที่แทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ



รายงานผลการตรวจสุขภาพ

นิสิตใหม่ ชั้นปีที่ ๑ ภาคปกติ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

ข้อมูลส่วนตัว ๑ (สำหรับนิสิตกรอก)

ประวัติส่วนตัว ชื่อ - สกุล นาย/นางสาว .....  
คณะ ..... วิชาเอก .....  
วัน/เดือน/ปี/เกิด ..... เบอร์โทรศัพท์ .....  
ที่อยู่ .....

ข้อมูลส่วนตัว ๒ (สำหรับโรงพยาบาลกรอก)

๑. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย .....
๒. วัน/เดือน/ปี ที่เข้าตรวจร่างกาย .....
- น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร ชีพจร ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ..... mmHg
๓. เอกซเรย์ร่างกาย ผล Chest X-ray .....
๔. ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ Amphetamine .....
๕. ผลการตรวจร่างกาย

พบความบกพร่อง ( ) การเห็น ( ) การได้ยิน ( ) สติปัญญา ( ) ร่างกายหรือสุขภาพ ( ) การเรียนรู้  
( ) พฤติกรรมหรืออารมณ์ ( ) การพูดและภาษา ( ) ออทิสติก ( ) พิกัดซ้ำซ้อน

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ ..... ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... แล้วเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค  
ดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคจิตต่าง ๆ
๖. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
๗. กามโรคในระยะที่มีฝิ่นขึ้นหรือแผลตามผิวหนัง

๖. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

( ) สุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย

( ) สุขภาพมีปัญหา แต่สามารถเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้ หากได้รับการบำบัดดังนี้

( ) สุขภาพมีปัญหา เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เนื่องจาก .....

ลงนาม ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ประทับตราโรงพยาบาล