

### หลักฐานที่ต้องนำไปในวันรายงานตัวและขึ้นทะเบียน

1. ผลการตรวจร่างกายและผลการอ่านฟิล์ม X-Ray จากสถานพยาบาลของรัฐ (ไม่ต้องนำฟิล์ม X-Ray ไป) ตามแบบฟอร์มที่มหาวิทยาลัยกำหนด (Down Load ที่ <http://www.educ.su.ac.th>)
2. ทะเบียนบ้านตัวจริงฉบับเจ้าบ้านที่มีชื่อผู้สมัคร ชื่อบิดามารดาไปด้วย หากทะเบียนแยกกันอยู่ ให้นำทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้เกี่ยวข้องดังกล่าวไปด้วยทุกฉบับ
3. บัตรประจำตัวสอบ หรือบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวนักเรียน
4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป ซึ่งถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน

### ค่าใช้จ่ายที่ต้องนำมาชำระในวันรายงานตัวและขึ้นทะเบียน

1. ค่าหน่วยกิตแบบเหมาจ่ายภาคการศึกษาละ	26,000	บาท
2. ค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนนักศึกษา	8,000	บาท
รวมเป็นเงิน ประมาณ	<u>34,000</u>	บาท



ติครูปถ่าย

รายงานการตรวจสอบสุขภาพและเอกซเรย์ร่างกายของผู้สอบผ่าน  
 การสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการพิเศษ โควตาพิเศษ สาขาวิชาการสอนภาษาจีนในฐานะภาษาต่างประเทศ  
 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร  
 ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๕

ผู้ที่ได้รับการประกาศชื่อว่าเป็นผู้สอบผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยศิลปากร ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยนำเอกสารนี้ไปให้แพทย์ ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจโรค ส่วนในข้อ ๑-๒ ให้นักเรียนเป็นผู้กรอกข้อความให้เรียบร้อยและถูกต้องทุกประการ และให้นำเอกสารชุดนี้ส่งคืนมหาวิทยาลัยศิลปากรในวันสอบสัมภาษณ์

๑. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล  นาย  นางสาว.....(ตัวบรรจง) วัน เดือน ปีเกิด.....  
 จังหวัดที่เกิด..... เข้าสอบ ณ สนามสอบ..... จังหวัด.....

๒. ประวัติการป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

โดยทำเครื่องหมาย  ลงใน  นักเรียนเคยมี หรือ มีโรค อาการ และภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบตามจริง)

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หอบหืด (Asthma)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไวรัสตับอักเสบบ A, B	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลมชัก (Epilepsy)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หูน้ำหนวก (Otorrhea)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไส้เลื่อน (Hernia)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ Fracture/Accident)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่น ๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการเข้าศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาขังมหาวิทยาลัยแล้วก็ จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

ชื่อนักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
เลขที่ผู้ป่วย (H.N.).....วันเดือนปีที่เข้าตรวจร่างกาย.....

๔. เอกซเรย์ร่างกาย

ผลของ chest x-ray

.....  
.....

๕. ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.....  
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว เห็นว่า  
นาย/นางสาว.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน  
หรือไม่สมประกอบ จนไม่สามารถศึกษาได้ และปราศจากโรคดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคจิตต่าง ๆ
๖. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
๗. กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
๘. ตาบอดสี
๙. หูหนวก

๖. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัยเนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ