ที่ อว ๖๐๐๑ / ๑๑๖๒๙

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอให้ตรวจสุขภาพและอนามัยของผู้มีสิทธิได้รับทุนรัฐบาลทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เรียน เลขานุการคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ด้วย.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับทุนรัฐบาลทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่จัดสรรให้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ไปศึกษาวิชา ณ ต่างประเทศ ประจำปี ๒๕๖๖ (ทุนพัฒนาบุคลากรภาครัฐ) กระทรวงการอุดมศึกษาฯ จึงขอให้ผู้มีสิทธิได้รับทุนดังกล่าวถือหนังสือฉบับนี้มารายงานตัว เพื่อคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. จะได้ดำเนินการตรวจสุขภาพและอนามัย ให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับทุนตามระเบียบต่อไป

สำหรับเงินค่าธรรมเนียมการตรวจสุขภาพและอนามัยของผู้มีสิทธิได้รับทุน โปรดเรียกเก็บจากผู้มีสิทธิได้รับทุนรายนี้โดยตรง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาตรวจสุขภาพและอนามัยให้กับนักเรียนทุนรายนี้ และแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้สำนักงาน ก.พ. ทราบต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Patchralita

(นางสาวพัชร์ลิตา ฉัตรวริศพงศ์)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ
ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการ
สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ

รูปถ่าย

ลายมือชื่อ _____
(ตัวบรรจง) _____
ฝ่ายนักเรียนทุนรัฐบาลทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๖๔ ๗๐๐๐ ต่อ ๗๑๔๑๒ (สมชาย)
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ somchaii@nstda.or.th

(สุขภาพกาย)

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
111 อุทยานวิทยาศาสตร์ประเทศไทย ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี 12120 โทรศัพท์ 0 2564 7000 โทรสาร 0 2564 7002-5

National Science and Technology Development Agency
111 Thailand Science Park, Phahonyothin Road, Klong 1, Klong Luang, Pathumthani 12120, Thailand.
Tel. +66 2564 7000 Fax. +66 2564 7002-5 http://www.nstda.or.th

MEDICAL CERTIFICATE

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:

A. MEDICAL HISTORY

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

Yes	No		detailed information
----	----	Asthma	.....
----	----	Hypertension	.....
----	----	Hemoptysis	.....
----	----	Heart diseases	.....
----	----	Diabetes mellitus	.....
----	----	Jaundice	.....
----	----	Epilepsy	.....
----	----	Edema	.....
----	----	Otorrhea	.....
----	----	Hernia	.....
----	----	Hemorrhold	.....
----	----	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 programe.

.....

(.....) Examinee

(ทุนรัฐบาลทางด้านวิทยาศาสตร์ฯ)

B. PHYSICAL EXAMINATION
(to be filled in by physician)

HEIGHT ..... **cm**
WEIGHT ..... **kg**
BLOOD PRESSURE ...../..... **mmHg**
PULSE RATE ..... **per min**

	Normal	Abnormal	Detected Abnormalities
GENERAL APPERANCE	____	____	.....
SKIN	____	____	.....
SCALP	____	____	.....
LYMPH NODES	____	____	.....
EYES			
VISION -WITH GLASSES			
RIGHT EYE	____	____	.....
LEFT EYE	____	____	.....
COLOR BLINDNESS	____	____	.....
TRACHOMA	____	____	.....
EARS	____	____	.....
OTOSCOPIC EXAM.	____	____	.....
NOSE	____	____	.....
PHARYNX & TONSILS	____	____	.....
TEETH	____	____	.....
THYROID GLAND	____	____	.....
LUNGS	____	____	.....
HEART	____	____	.....
ABDOMEN	____	____	.....
LIVER/SPLEEN	____	____	.....
HERNIA	____	____	.....
EXTERNAL GENITALIA	____	____	.....
ULCER	____	____	.....
ANUS	____	____	.....
VERTEBRAE	____	____	.....
LOCOMOTOR/SENSATION	____	____	.....
REFLEXES	____	____	.....
OTHERS	.....		

.....**Examiner**

C. LABORATORY EXAMINATION

1. BLOOD EXAMINATION

BLOOD GROUP .....

HEMOGLOBIN ..... Gm%

HEMATOCRIT ..... %

BLOOD FILM

MALARIA _____NEGATIVE ____POSITIVE

MICROFILARIA _____NEGATIVE ____POSITIVE

(For clinical Suspected case only)

WBC ..... % CELLS/cu.mm.

PMN ..... %

LYMPH ..... %

MONO ..... %

EOS ..... %

BASO ..... %

OTHERS .... %

2. SEROLOGICAL TEST

VDRL _____NEGATIVE ____ POSITIVE

3. URINE/URETHRAL EXAMINATION

URINALYSIS

COLOR .....

SP. GRAVITY .....

pH .....

SUGAR .....

ALBUMIN .....

BLOOD .....

BACTERIA .....

OTHERS .....

.....

MICROSCOPIC EXAM. .....

URINE PREGNANCY TEST

(FOR FERMALE ONLY) _____NEGATIVE ____ POSITIVE

URINE EMIT TEST (opiate, amphetamine, marijuana)

_____NEGATIVE ____ POSITIVE

URETHRAL DISCHARGE SWAB MICROSCOPIC EXAM.

(FOR CLINICAL SUSPECTED CASE ONLY)

FINDINGS .....

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)

....

....

....

.....

PLACE OF EXAMINATION: .....

DATE OF EXAMINATION: .....

EXAMINER'S NAME : .....

EXAMINEE'S NAME .....

I hereby certify that the examinee is

_____ physically ready for study abroad.

_____ physically <u>not</u> ready for study abroad.

.....	.....	.....
SINGATURE OF MEDICAL COMMITTEE	TITLE	DATE