



เลขที่สอบพิเศษ
SIET

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

Physical Examination

ชื่อ - สกุล อายุ ปี เพศ [] ชาย [] หญิง

วัน เดือน ปี (วันเข้ารับการรักษา)

Weight Kg. Height Cm.

Blood pressure (sitting) mmHg Pulse Per min.

Physical findings related to (list abnormal findings only)

General appearance.....

skin.....

mouth (including teeth)

lungs :

heart :

abdomen:

extremities :

lymph nodes :

skeletal system :

other :

Chest X-ray

Finding.....

.....

.....

ลงชื่อ (แพทย์ผู้ตรวจ)

(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล



เลขที่สอบพิเศษ
SIET

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
Eye Examination

ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี เพศ [] ชาย [] หญิง

วัน เดือน ปี (วันเข้ารับการตรวจ)

Distant vision OD..... OS.....

CC OD..... OS.....

Near vision OD..... OS.....

CC OD..... OS.....

Colour vision.....

ความเห็น :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ จักษุแพทย์
(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล