



วิทยาลัยเทคโนโลยีทางทะเลแห่งเอเชีย

แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพสำหรับสมัครเข้าเป็นนักเรียนพาณิชย์นาวี

ข้อมูลส่วนบุคคล	
ชื่อ.....	นามสกุล.....
วัน/เดือน/ปี เกิด.....	สัญชาติ.....
อายุ.....ปี.....เดือน	
ข้อมูลการตรวจทางการแพทย์	
การตรวจวัดตามข้อกำหนดมาตรฐาน STCW	
ผลตรวจการมองเห็น	[] ผ่าน [] ไม่ผ่าน
ผลการได้ยิน	[] ผ่าน [] ไม่ผ่าน
ผลตรวจตาบอดสี	[] ผ่าน [] ไม่ผ่าน
ผลการได้ยินที่ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง	[] ผ่าน [] ไม่ผ่าน
ผู้รับการตรวจใช้เครื่องช่วยในการมองเห็น	[] ใช่ [] ไม่ใช่
ผู้รับการตรวจใช้เครื่องช่วยฟัง	[] ใช่ [] ไม่ใช่
ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี	[] ผ่าน [] ไม่ผ่าน
เมื่อผ่านการตรวจสอบสมรรถนะทางด้านร่างกายของผู้รับการตรวจแล้วแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นว่า	
.....	
.....	
.....	
วันที่เข้ารับการตรวจ	
ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ (กรุณาประทับตราสถานพยาบาล)	