



แบบตรวจสุขภาพประกอบการสมัครเรียนหลักสูตรพาณิชย์นาวี วิทยาลัยเทคโนโลยีทางทะเลแห่งเอเชีย

PERSONAL DETAILS			
First Name	Surname	Date of Birth	
Nationality	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Height	cm. WeighKg.

PREVIOUS MEDICAL HISTORY :					
	NORMAL	ABNORMAL		NORMAL	ABNORMAL
1. Epilepsy of Attacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. HIV (not compulsory)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Venereal Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Gastro-intestinal infectious disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Obesity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Narcotics History	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Chronic respiratory Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			15. Muscular – skeletal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			16. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17. Skin Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			18. Chronic dental and digestive System problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. DISTANCE VISION		19. COLOR VISION		20. HEARING (dB)		21. BLOOD PRESSURE	
	Uncorrected	Corrected	Ishihara Book			Systolic _____	
Right Eye	20/_____	20/_____	Holmes lantern	Right _____ dB		Diastolic _____	
Left Eye	20/_____	20/_____	Normal	Left _____ dB		Normal	
Both Eye	20/_____	20/_____	Abnormal			Abnormal	

COMMENTS ON MEDICAL HISTORY and / or CLINICAL EVALUATION	
States the result of clinical evaluation and any medical findings which, in your opinion, would limit this person's performance of the training in Maritime Field and/or would make him/her a hazard to himself/herself or others.	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Examining Physician Name.....	License No.
Name and address of Medical Center	
Signature of Examining physician	
Examining date	

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสุขภาพสำหรับนักเรียนเดินเรือพาณิชย์นาวี

1. ให้ผู้ขอตรวจสอบสุขภาพยื่นแบบฟอร์มต่อสถานพยาบาลที่รัฐรับรอง (โรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน) เพื่อดำเนินการตรวจตามรายการเกณฑ์มาตรฐานการตรวจสอบสุขภาพ
2. ผลการตรวจของแพทย์ในแต่ละรายการที่แสดงผลเป็นตัวเลขนั้น ให้เปรียบเทียบผลการตรวจกับค่ามาตรฐานตามตารางดังนี้

NO.	โรคที่ทำการตรวจ	เกณฑ์มาตรฐาน	NO.	โรคที่ทำการตรวจ	เกณฑ์มาตรฐาน
1.	Epilepsy of Attacks (ลมบ้าหมู)	ไม่มีประวัติเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน	11.	Obesity (โรคอ้วน)	น้ำหนักและส่วนสูงอัตราเฉลี่ยต่ำกว่า 30 (BMI \leq 30)
2.	Kidney Disease (โรคไต)	ไม่มีการติดเชื้อหรือเคยเปลี่ยนไต	12.	Heart (โรคหัวใจ)	ไม่มีประวัติเจ็บปวดหน้าอกเฉียบพลัน
3.	Venereal (กามโรค)	ไม่มี	13.	Diabetes (เบาหวาน)	ไม่ใช้อินซูลินบำบัดรักษา
4.	Seizures (โรคชัก)	ไม่มี	14.	Chronic respiratory Disorder (โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเรื้อรัง)	ไม่มีไซนัส/หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
5.	Narcotics History (ยาเสพติด)	ไม่มี	15.	Muscular – skeletal (กระดูก-กล้ามเนื้อ)	ไม่มีการอักเสบของข้อ หรือปวดหลังอย่างรุนแรง
6.	Tuberculosis (วัณโรค)	ไม่มีประวัติเป็นวัณโรค	16.	Cancer (มะเร็ง)	ตรวจวินิจฉัยยังไม่พบ
7.	Hepatitis B (ไวรัสตับอักเสบบี)	ไม่มี	17.	Skin Disease (ติดเชื้อที่ผิวหนัง)	ปกติ
8.	HIV (not compulsory)	ไม่มี	18.	Chronic dental and digestive system problems (โรคฟันชนิดเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาต่อการเคี้ยวและการย่อยอาหาร)	ปกติ
9.	Hypertension (ความดันโลหิตสูง)	ความดันปกติ			
10.	Gastro-Intestinal infection disease (โรคติดเชื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้)	ผลปกติจากรายงานการตรวจทางพยาธิวิทยา			

3. รายการที่ 18. การตรวจสายตา กำหนดให้ระดับสายตาของการมองเห็นตามเกณฑ์ ดังนี้

ไม่สวมแว่นตา หรือคอนแทคเลนส์	สวมแว่นตา
ไม่ต่ำกว่า 0.1 (20/200)	ไม่ต่ำกว่า 0.5 (20/40)

4. รายการที่ 19 การตรวจตาบอดสี ต้องมองเห็นชัดเจนครบทั้ง 4 สี คือ สีแดง/สีเหลือง/สีเขียว และสีน้ำเงิน
5. รายการที่ 20 การได้ยิน (การได้ยินของหูทั้ง 2 ข้าง) กำหนดตามเกณฑ์ปกติ 40 dB
6. รายการที่ 21 ความดันโลหิตปกติ
7. **กรณีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน** แพทย์ผู้ทำการตรวจได้วินิจฉัยแล้วว่า ผู้เข้ารับการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกข้อ ให้ลงนามรับรองประทับตราโรงพยาบาลและลงวันที่ทำการตรวจ

หมายเหตุ: รายการตรวจที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ อ้างอิงจากเกณฑ์การออกใบประกาศนียบัตรสุขภาพของกรมเจ้าท่า ประเทศไทย (คร.๕)