



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)		