



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 |
| เมื่อผ่านการตรวจสมรรถนะทางด้านร่างกายของผู้รับการตรวจแล้วแพทย์ลงความเห็นว่ามี..... | | |
| วันที่เข้ารับการตรวจ | | |
| ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ (กรุณาประทับตราสถานพยาบาล) | | |