

ช่วงเวลาการตรวจสุขภาพ วันที่ 4 มิถุนายน 2562 เวลา ..... น.

อาคารบรรยายรวม 1. (บร.1) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เตรียมเอกสารโดยเรียงตามลำดับรหัสเอกสาร ดังนี้

AD 01. แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ขนาดตัวอักษรห้ามปรับ)

AD 02. ใบเอกซเรย์ปอด (CHEST X-RAY)

AD 03. แบบคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และสำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด

## แบบรายงานผลการตรวจสุขภาพ

นักศึกษาระบบ Admissions รอบที่ 4 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2562

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล (โปรดเขียนตัวบรรจง และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

ชื่อ (นาย , น.ส.) ..... นามสกุล .....

เลขประจำตัวนักศึกษา.....เลขที่บัตรประชาชน.....

คณะ.....เบอร์โทร .....

ข้อมูลทั่วไป : โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

การสูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ☐ ไม่ประจำ ☐ ทุกวัน ☐ ต้องการเลิก

การดื่มสุรา ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ☐ ครั้งคราว ☐ ประจำ

ส่วนที่ 2. ข้อมูลตรวจร่างกาย

1. สัญญาณชีพ ( VITAL SIGNS ) ชีพจร (PULSE) ..... ครั้ง/นาที

2. ความดันโลหิต (BLOOD PRESSURE) ..... มิลลิเมตร/ปรอท

3. สรุปผลตรวจร่างกายทั่วไป ( PHYSICAL EXAMINATION )

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ คือ (โปรดระบุเป็นภาษาไทย) .....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ



### ใบเอกซเรย์ปอด (CHEST X-RAY)

ตรวจสอบภาพเป็นหมู่คณะ งานรักษาสภาพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

โทร. 0-2926-9382

วันที่ .....

ชื่อ - สกุล (นาย, น.ส.) \* ..... อายุ ..... ปี คณะ\* .....

ผลการตรวจ ☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ : พบวัณโรคปอด ☐ ผิดปกติ : พบหัวใจโต ☐ ผิดปกติ.....

ลงชื่อ.....รังสีแพทย์

ฉีกตามรอยประ

### ใบผ่านการตรวจสอบภาพนักศึกษา

ชื่อ-สกุล\* .....

คณะ\* .....

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในวงกลม ☐ ณ จุดบริการที่ได้รับบริการแล้ว

#### จุดที่

#### ได้รับบริการแล้ว

- |                                               |                       |
|-----------------------------------------------|-----------------------|
| 1. ชี้อุปอง (ห้องเรียน 201)                   | <input type="radio"/> |
| 2. วัดความดันโลหิต (ห้องเรียน 201)            | <input type="radio"/> |
| 3. พบแพทย์ (ห้องเรียน 212)                    | <input type="radio"/> |
| 4. บันทึกผลการตรวจ (ห้องเรียน 211)            | <input type="radio"/> |
| 5. รับอุปกรณ์เก็บปัสสาวะ (ห้องเรียน 211)      | <input type="radio"/> |
| 6. เก็บปัสสาวะ                                | <input type="radio"/> |
| 7. เอกซเรย์ปอด (ลานจอดรถ ตรงข้ามศูนย์หนังสือ) | <input type="radio"/> |
| 8. ประทับตรา CHECK-UP พร้อมลายเซ็นเจ้าหน้าที่ | <input type="radio"/> |

หมายเหตุ โปรดนำใบนี้มาแสดงกับเจ้าหน้าที่ในวันรายงานตัว

ห้ามหาย

## แบบคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เขียนที่ รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่.....

เรียน ☒ สำนักงานสาขาจังหวัด/แม่ข่าย ปทุมธานี

☐ สำนักงานบริหารสารสนเทศการประกัน .....

ชื่อคณะ\* .....

รหัสสน.ศ. ....

### (1) สถานะก่อนขึ้นทะเบียน

☐ สิทธิว่าง

☐ มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ สิทธิในฐานะกลางไม่ตรงกับบัตร

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

### (2) รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ขึ้นทะเบียน

2.1) นาย นาง นางสาว (ชื่อ-สกุล)\* ..... วัน / เดือน / ปีเกิด.....

รหัสประจำตัวประชาชน\* ..... ประกอบอาชีพ.....นักศึกษา.....

2.2) ที่อยู่(ปัจจุบัน) บ้านเลขที่..... 99 ..... หมู่บ้าน.....18.....ซอย.....ถนน.....ตำบล.....คลองหนึ่ง.....

อำเภอ..... คลองหลวง.....จังหวัด..... ปทุมธานี..... รหัสไปรษณีย์.....12120..... โทรศัพท์.....-

โทรศัพท์มือถือ .....-

2.3) ที่อยู่(ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2.4) สถานที่ทำงาน.....ที่ติดต่อ.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

### (3) คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้ (สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม) และไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวในหน่วยบริการโดยมีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หน่วยบริการรับส่งต่อ รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ลงชื่อ \* .....ผู้ถือบัตร

(\* ..... )

ลงชื่อ.....ผู้รับแจ้ง

(.....)

หมายเหตุ 1. กรอกข้อมูลในช่องที่มีเครื่องหมายดอกจัน (\*) ให้ครบ

2. แนบ สำเนาบัตรประชาชน พร้อมทั้งเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

AD 03 หน้า1/1

แบบคำร้องขอขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เขียนที่ รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่.....

เรียน ☒ สำนักงานสาขาจังหวัด/แม่โขง.....

☐ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน ..... ชื่อคน.....xxxxxxxศาสตร.....

รหัส น.ศ ....0000000000.....

(1) สถานะก่อนขึ้นทะเบียน

- ☐ สิทธิว่าง
- ☐ มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ☐ ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ☐ สิทธิในโครงการประกันสุขภาพอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

(2) รายละเอียด / บุคคลในครอบครัวที่ขึ้นทะเบียน

2.1) ชื่อ (นามสกุล) (ชื่อ-สกุล) .....xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx..... วัน / เดือน / ปีเกิด.....

รหัสประจำตัวประชาชน.....0-0000-00000-00-0-..... ประกอบอาชีพ.....

2.2) ที่อยู่(ปัจจุบัน) บ้านเลขที่ 99 หมู่บ้าน 18 ซอย - ถนน - ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง  
จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120 โทรศัพท์..... -..... โทรศัพท์มือถือ..... -.....

2.3) ที่อยู่(ตามทะเบียนบ้าน) บ้านเลขที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2.4) สถานที่ทำงาน.....ที่ติดต่อ.....โทรศัพท์.....  
โทรศัพท์มือถือ.....

(3) คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ข้าพเจ้ามิได้มีสิทธิอื่นใดที่รัฐจัดให้(สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม)  
และไม่อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวในหน่วยบริการโดยมีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หน่วยบริการรับส่งต่อ รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ลงชื่อ .....ผู้ถือบัตร

( นาย xxxxxxxxxxx xxxxxx )

ลงชื่อ.....ผู้รับแจ้ง

(.....)

หมายเหตุ 1. กรอกข้อมูลในช่องที่มีเครื่องหมายดอกจัน (\*) ให้ครบ

2. แนบ สำเนาบัตรประชาชน พร้อมทั้งเซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง