



ใบตรวจสุขภาพสายตา เพื่อสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรทัศนมาตรศาสตรบัณฑิต

คณะทัศนมาตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ข้อมูลส่วนที่ ๑ (สำหรับผู้สมัครกรอก)

ข้อมูลผู้สมัคร ชื่อ – สกุล นาย/นางสาว..... วัน/เดือน/ปีเกิด
อายุ..... ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์.....

ข้อมูลส่วนที่ ๒ (สำหรับผู้ตรวจกรอก)

ชื่อสถานที่ตรวจ
ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
หรือหนังสืออนุญาตให้บุคคลทำการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยทัศนมาตรศาสตร์เลขที่.....
ได้ทำการตรวจสุขภาพสายตาผู้สมัคร วันที่.....

ผลการตรวจ

๑. ระดับการมองเห็น (VA) เมื่อได้รับการแก้ไข

RE..... LE..... BE.....

๒. ตรวจคัดกรองการมองเห็นสีด้วยวิธี ☐ Ishihara Test ☐ Farnsworth D-15

ผลตรวจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

๓. ภาวะอาการตาเข (Tropia) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวมีสุขภาพสายตาเป็นปกติ ดังเงื่อนไขต่อไปนี้
สรุปความเห็นและคำแนะนำของผู้ตรวจ
.....
.....

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจ
(.....)
(ประทับตราคลินิก/สถานที่ตรวจ)

หมายเหตุ: ผู้สมัครต้องไม่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. ระดับการมองเห็นในตาแต่ละข้างต่ำกว่า ๖/๑๒ เมื่อได้รับการแก้ไขแล้ว
๒. การมองเห็นสีผิดปกติ
๓. ตาเข (Tropia)