



ใบตรวจสุขภาพสายตา เพื่อสมัครเข้าศึกษาหลักสูตรทัศนมาตรศาสตรบัณฑิต
คณะทัศนมาตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ข้อมูลส่วนที่ ๑ (สำหรับผู้สมัครกรอก)

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

ข้อมูลส่วนที่ ๒ (สำหรับผู้ตรวจกรอก)

ชื่อสถานที่ตรวจ.....
ข้าพเจ้า.....ใบอนุญาตเลขที่.....
หรือหนังสืออนุญาตให้บุคคลทำการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยทัศนมาตรศาสตร์เลขที่.....ได้ทำ
การตรวจสุขภาพสายตาผู้สมัครแล้วเมื่อวันที่.....

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

หมายเหตุ: ผู้สมัครต้องไม่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

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