



สำหรับ
ติตรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร

ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าศึกษา

(ประทับตราสถานพยาบาลของรัฐ/เอกชน)

ในหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... เพศ () ชาย () หญิง
วัน เดือน ปีเกิด..... เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
โรงพยาบาลที่ตรวจ..... จังหวัด.....
H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....

ความเห็นของแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษา
ในมหาวิทยาลัย)

- () ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
() มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร ระบุ
 มีระดับการได้ยินที่ความถี่ 500 - 2,000 เฮิรต สูงกว่า 40 เดซิเบล
 ความสามารถในการแยกแยะคำพูด (speech discrimination score) < 70% จากความผิดปกติของประสาทและเซลล์
ประสาทการได้ยิน (sensorineural hearing loss)
 อื่นๆ ระบุ.....
.....
.....

Doctor/Physician's Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของสถานพยาบาลประทับ
คร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครฯ สามารถไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรได้จากสถานพยาบาลทั้งของรัฐบาล
และเอกชนทุกแห่ง