

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ..... ปี  
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....สถานที่เกิด..... จังหวัด.....

- ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ(ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)  
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

**ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา**

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ .....เมื่อพ.ศ.....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

**ประวัติครอบครัว**

ชื่อบิดา .....นามสกุล..... อายุ.....ปี

- ยังมีชีวิต  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ .....  
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา .....นามสกุล..... อายุ.....ปี

- ยังมีชีวิต  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ .....  
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อสามี (คู่สมรส) ..... นามสกุล .....อายุ.....ปี

- ยังมีชีวิต  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ .....  
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อบุตร ..... นามสกุล .....อายุ.....ปี

- ยังมีชีวิต  ไม่มีโรคประจำตัว  มีโรคประจำตัว คือ .....  
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)

**ส่วนที่ ๒ แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์, แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน .....อำเภอ /เขต..... จังหวัด.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....ได้ตรวจร่างกายของ.....แล้วได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป** (แนบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)

น้ำหนัก .....กก. ส่วนสูง .....ซม. ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ซีพจร .....ครั้ง/นาที

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
การเคลื่อนไหวร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....

**การมองเห็น ( VA ) ตามคำอธิบาย ส่วนที่ ๓ ข้อ ๒**

ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....

**ตาบอดสี** (โดยเฉพาะแม่สี )  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา  
 เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ .....

ใบหูและลักษณะภายนอกของหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ .....
โรคคนเผลอ	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ .....
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ		..... ..... .....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)**

**Urine analysis (UA)**

Albumin       ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Sugar          ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Sediment     ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

**Complete blood count (CBC)**

Hemoglobin    ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Hematocrit     ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

**Red blood cell morphology**

Anisocytosis    ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Poikilocytosis  ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Hypochromic    ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Microcytosis    ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Macrocytosis    ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

**White blood cell count**

Neutrophil     ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Basophil        ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Eosinophil      ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Lymphocyte     ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Monocyte       ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

Platelets       ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

Chest X-rays    ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย, นาง, นางสาว .....นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท       ปกติ               ผิดปกติ              ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

