



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

เอกสารแนบท้ายหมายเลข2.

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.

ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล อายุ.....ปี

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ.....ภูมิลำเนา.....จังหวัด.....

☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว) (ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ

☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือเมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นามสกุล อายุปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา..... นามสกุล อายุ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่า ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ

(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก (แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ)

นายแพทย์,แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกายของแล้ว ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)

น้ำหนัก.....กก.ส่วนสูง.....ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI).....ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลักษณะแขนและมือ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลักษณะขาและเท้า ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

กระดูกและกล้ามเนื้อ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การออกเสียงพูด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลักษณะในช่องปาก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ลักษณะผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

โรคเรื้อรัง ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ.....

การเคลื่อนไหวของร่างกาย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

โรคลมชัก ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ.....

การมองเห็น (VA) ตาขวา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การมองเห็น (VA) ตาซ้าย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี) ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ

โรคไต ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ.....

ตับอักเสบ (ระยะแพร่เชื้อ) ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ.....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....

.....
.....



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Sugar	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Sediments	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ

ผลการตรวจสารเสพติด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Complete blood count (CBC)

Hemoglobin	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Hematocrit	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Anisocytosis	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Poikilocytosis	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Hypochromia	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Microcytosis	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Macrocytosis	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ

White blood cell count

Neutrophil	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ ระบุ
Basophl	☐ 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



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน

๒. กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน

๓. โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ

๔. โรคเท้าช้าง

๕. โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

6. โรคเรื้อรัง

7. โรคสายตาที่ไม่สามารถแก้ไขโดยการใส่แว่น

8. โรคติดต่อร้ายแรงอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ เช่น วัณโรค

9. โรคจิตเภทที่ไม่สามารถควบคุมอาการหรืออยู่ในระหว่างการให้การควบคุมพิเศษ

คณะกรรมการมีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

☐ อื่นๆระบุ

.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

(.....)

คณะกรรมการคัดกรองและสรุปผลการตรวจสุขภาพ