



คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา 2562  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

**ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก**

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

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

ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)  
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

**ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา**

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ .....เมื่อ พ.ศ. ....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

**ประวัติครอบครัว**

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่า ไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



**ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก ( แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ )**

นายแพทย์,แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกายของ .....แล้ว 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.....

.....

.....



**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



**ส่วนที่ 3 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เจ็บโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้**

1. ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
2. กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุ๊ก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
3. โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
4. โรคเท้าช้าง
5. โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
6. โรคเรื้อรัง
7. โรคสายตาที่ไม่สามารถแก้ไขโดยการใส่แว่น
8. โรคติดต่อร้ายแรงอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ เช่น วัณโรค
9. โรคจิตเภทที่ไม่สามารถควบคุมอาการหรืออยู่ในระหว่างการให้การควบคุมพิเศษ

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

มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

อื่นๆระบุ  
.....  
.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....

( .....

คณะกรรมการคัดกรองและสรุปผลการตรวจสอบสุขภาพ