

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุลอายุ.....ปี
เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ.....สถานที่เกิด.....จังหวัด

☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ(ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็น
เรียบร้อยแล้ว) (ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์การรักษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ

☐ กระดูก ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ

เมื่อ พ.ศ. ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

☐ ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

☐ ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือเป็น
ความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
(.....)

ลงชื่อ.....บิดา หรือ มารดา หรือผู้ปกครอง
(.....)

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

1.ตรวจร่างกายทั่วไป ผู้รับการตรวจนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. 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.....

โรคเรื้อน

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

การเคลื่อนไหวของร่างกาย

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ระบบประสาท

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

โรคเท้าช้าง

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

โรคลมชัก

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

จมูก

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ต่อมไทรอยด์

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

ต่อมน้ำเหลือง

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

โรคคนเฟื่อง

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น ระบุ.....

การทำงานของหัวใจ

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ ระบุ.....

โรคจิต สุขภาพจิต

☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ.....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

(.....) วันที่.....

2.ตรวจสายตา

การมองเห็น (VA) ตาขวา

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ

ระบุ.....

การมองเห็น (VA) ตาซ้าย

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ

ระบุ.....

การตรวจตาบอดสี

ให้ตรวจโดยให้นักเรียนอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

ผล : นักเรียนสามารถอ่านได้ถูกต้องจำนวน.....PLATES

จักษุแพทย์.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

(.....) วันที่.....

ผู้รับการตรวจนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

3.ตรวจการได้ยิน (Audiometry)

ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....

โสต ศอ นาสิก แพทย์.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) วันที่.....

4.ตรวจทางรังสีวิทยา

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

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA : UP RIGHT)

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

การแปลผล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

รังสีแพทย์.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) วันที่.....

5.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
Sugar	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
Sediments	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)	☐ 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.....
Hypochromia	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
Microcytosis	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....
Macrocytosis	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ.....

ผู้รับการตรวจนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

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.....

หมายเหตุ ให้ตรวจร่างกายได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น