



รายละเอียดการตรวจร่างกายสำหรับผู้สมัครหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

รายการตรวจร่างกาย

1. ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Physical Examination)
2. ตรวจเลือด (CBC, VDRL, HIV, Blood group, Hbs Ag, Hbs Ab)
3. ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)
4. เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-Ray)

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สมัครเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย

1. ความนิโหด "แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี"
2. นำเอกสารฉบับนี้และแบบฟอร์มฯ ไปแสดงเพื่อตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น
3. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกายให้ครบถ้วนทุกรายการที่ระบุไว้
4. ผู้สมัครต้องรอรับผลตรวจร่างกายและให้แพทย์ระบุผลการตรวจให้ครบถ้วน

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล.....อายุ .....ปี  
ประวัติโรคประจำตัว:  ไม่มี  มี (ระบุ) .....อุบัติเหตุและการผ่าตัด:  ไม่มี  มี (ระบุ) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือ เป็นความจริง

ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

(.....)

วันที่: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

แพทย์ผู้ตรวจ: (นายแพทย์/แพทย์หญิง) .....นามสกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### ผลการตรวจร่างกาย

น้ำหนัก .....กก. ส่วนสูง .....ซม. BMI .....Kg/m<sup>2</sup>

สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต .....mmHg ชีพจร .....ครั้ง/นาที หายใจ .....ครั้ง/นาที

สภาพทั่วไป:  ปกติ  ไม่ปกติ (ระบุ).....

ผลตรวจรังสีวินิจฉัย (Chest X-Ray):  ปกติ  ไม่ปกติ (ระบุ) .....

ผลตรวจปัสสาวะ (Urinalysis):  ปกติ  ไม่ปกติ (ระบุ).....

ผลตรวจเลือด CBC

ปกติ  ไม่ปกติ (ระบุ) .....

Hct ..... Hb ..... Blood group ..... Anti-HIV:  Negative  Positive

VDRL (TPHA):  Negative  Positive Hbs-Ag:  Negative  Positive Anti-Hbs:  Negative  Positive

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้สมัครไม่มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และไม่มีอาการของโรคต่อไปนี้:

1. โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการที่เป็นอันตราย
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
4. อื่นๆ (ระบุ) \_\_\_\_\_

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ  
(.....)

(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)