



รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบที่ 2 Quota
วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว เลขที่สมัคร

วัน - เดือน - ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์ E-mail

Facebook Profile..... Line ID

ผู้ปกครอง/ญาติใกล้ชิด ที่สามารถติดต่อได้

ข้อมูลส่วนตัว 1 (สำหรับนักเรียนรอก)

1.1 ประวัติการเจ็บป่วย

นักเรียนเคยเป็นโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

เป็น ไม่เป็น ไม่ทราบ อธิบายรายละเอียดการรักษา

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หอบหืด (Asthma)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคลมชัก (Epilepsy)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension)..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis Media)/หูน้ำหนวก..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | เคยได้รับการผ่าตัด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โควิด..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ โปรดระบุ..... |

1.2 ประวัติการได้รับวัคซีน

ได้รับ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | อีสุกอีใส (Chickenpox) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ตับอักเสบ (Hepatitis B) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | วัคซีนโควิด (COVID-19 Vaccines) |

ชื่อวัคซีนที่ได้รับ..... ได้รับเข็มที่ 1 เมื่อวันที่.....

ชื่อวัคซีนที่ได้รับ..... ได้รับเข็มที่ 2 เมื่อวันที่.....

ชื่อวัคซีนที่ได้รับ..... ได้รับเข็มที่ 3 เมื่อวันที่..... (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วน หากมหาวิทยาลัยตรวจสอบแล้วพบว่า
 ข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีสละสิทธิการสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาและ/หรือลาออกจากการเป็น
 นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลส่วนที่ 2 (สำหรับแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย)

2.1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล นาย นางสาว

เลขที่ผู้ป่วย (H.N)โรงพยาบาลที่ตรวจร่างกาย..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร²

ความดันโลหิต..... mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที หมูโลหิต

ประวัติแพ้ยา ชื่อยา.....อาการที่แพ้.....

2.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ให้แนบหลักฐานผลการตรวจเลือดและปัสสาวะของโรงพยาบาลมาด้วย)

2.2.1 ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count: CBC) ปกติ ผิดปกติ
อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

2.2.2 การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) ปกติ ผิดปกติ
อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

2.3 การตรวจทางรังสีวิทยา (Chest X-ray, PA upright) (ให้แนบผล Official report ด้วย)

ปกติ ผิดปกติ
อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

2.4 ผลการตรวจสายตา

2.4.1 ผลการตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ
อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

2.4.2 ผลการตรวจวัดสายตา ปกติ ผิดปกติ
อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

2.4.3 ผลการตรวจสายตาและอ่านภาพ 3 มิติ ปกติ ผิดปกติ
อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

2.5 ผลการตรวจร่างกาย

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ใบอนุญาตเลขที่..... ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว..... แล้ว
เห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน หรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏ
อาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

1. โรคเรื้อน
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
4. โรคพิษสุราเรื้อรัง
5. โรคจิตต่าง ๆ
6. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
7. กามโรคในระยะที่มีฝิ่นหรือแผลตามผิวหนัง (ระยะที่ 2)

2.6 สรุปความเห็น

() สุขภาพสมบูรณ์
() ความผิดปกติที่พบ.....
ความเห็น/คำแนะนำของแพทย์.....

ลงนาม

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ ว.

โปรดประทับตราโรงพยาบาล