



รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย

สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลากรเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา
2568 รอบที่ 4 Direct Admission

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ชื่อ - สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว เลขที่สมัคร

วัน - เดือน - ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์ E-mail

Facebook Profile..... Line ID

ผู้ปกครอง/ญาติใกล้ชิด ชื่อ-สกุลเบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

ข้อมูลส่วนที่ 1 (สำหรับนักเรียนกรอก)

1.1 ประวัติการเจ็บป่วย

นักเรียนเคยเป็นโรคหรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

เป็น ไม่เป็น ไม่ทราบ อธิบายรายละเอียดการรักษา

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | ☐ | หอบหืด (Asthma)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | โรคลมชัก (Epilepsy)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | ความดันโลหิตสูง (Hypertension)..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis Media)/หูน้ำหนวก..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | เคยได้รับการผ่าตัด..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | โควิด..... |
| ☐ | ☐ | ☐ | อื่นๆ โปรดระบุ..... |

1.2 ประวัติการได้รับวัคซีน

ได้รับ ไม่ได้รับ ไม่ทราบ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | หัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) |
| ☐ | ☐ | ☐ | อีสุกอีใส (Chickenpox) |
| ☐ | ☐ | ☐ | ตับอักเสบ (Hepatitis B) |
| ☐ | ☐ | ☐ | วัคซีนโควิด (COVID-19 Vaccines) |

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

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วน หากมหาวิทยาลัยตรวจสอบแล้วพบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูล
ที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีสละสิทธิการสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาและ/หรือลาออกจากการเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ
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 หมู่โลหิต
 ประวัติแพ้ยา ไข้ 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)
 2.2.3 ผลการตรวจ HIV (ให้แนบผล Official Report ด้วย) ☐ 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 และไม่ปรากฏอาการและ
 อาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

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

หมายเหตุ ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้สมัครต้องไปรับการตรวจร่างกาย
 จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์