



รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย

สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลากรเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568 รอบที่ 4 Direct Admission

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ชื่อ - สกุล [] นาย [] นางสาว เลขที่สมัคร
วัน - เดือน - ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่
หมายเลขโทรศัพท์ E-mail
Facebook Profile Line ID
ผู้ปกครอง/ญาติใกล้ชิด ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์
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 หากมหาวิทยาลัยตรวจสอบแล้วพบว่าข้าพเจ้าให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินดีสละสิทธิการสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาและ/หรือลาออกจากการเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

.....

(.....)

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 ซีพจร.....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).....

2.2.3 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