



**รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย**  
**สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต**  
**ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 2 Quota**  
**วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**

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 (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 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

.....  
 (.....)

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/เมตร<sup>2</sup>  
 ความดันโลหิต..... mmHg ซีพีจีอาร์.....ครั้ง/นาที หมู่อุณหภูมิ.....  
 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  ปกติ  ผิดปกติ  
 อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

### 2.3 การตรวจทางรังสีวิทยา (Chest X-ray, PA upright)

ปกติ  ผิดปกติ  
 อธิบายลักษณะผิดปกติ (ถ้ามี).....

### 2.4 ผลการตรวจสายตา

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

**หมายเหตุ** ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ  
 ผู้สมัครต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่  
 ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์