



รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2570 รอบ Portfolio (รับตรง) ครั้งที่ 2
วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ชื่อ - สกุล ☐ นาย ☐ นางสาวเลขที่สมัคร

วัน - เดือน - ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่

หมายเลขโทรศัพท์ E-mail

Facebook Profile..... Line ID

ผู้ปกครอง/ญาติใกล้ชิด ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

ข้อมูลส่วนตัว 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 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 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)

(ให้แนบหลักฐานผลการตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลมาด้วย)

☐ 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 หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์