รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประจำปีการศึกษา 2570 รอบที่ 1 Portfolio
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 (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 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^2

ความดันโลหิต..... mmHg ชีพจร.....ครั้ง/นาที หมู่โลหิต .....

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)

(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 และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

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

2.6 สรุปความเห็น

( ) สุขภาพสมบูรณ์

( ) ความผิดปกติที่พบ.....

ความเห็น/คำแนะนำของแพทย์.....

ลงนาม .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ ว. .....

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้สมัครต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์