



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑. ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่เกิด ..... จังหวัด .....

**ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา**

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ ..... เมื่อ พ.ศ.....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ.....

**ประวัติครอบครัว**

ชื่อบิดา ..... อายุ ..... ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....  
(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)



**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกายของ ..... แล้ว  
ได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก .....	กก.	ส่วนสูง .....	ซม.	ความดันโลหิต .....	มม.ปรอท	ชีพจร .....	ครั้ง/นาที
ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
โรคเรื้อรัง	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
การมองเห็น (VA) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา							
ตาขวา	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ตาซ้าย	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา					
	<input type="checkbox"/>	เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			ระบุ .....		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
จมูก	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา					
	<input type="checkbox"/>	เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			ระบุ .....		
โรคคนเฟื่อง	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ		ระบุ .....					



**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)**

**๑.Urine analysis (UA)**

Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)

ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

**๒.Complete blood count (CBC)**

Hemoglobin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Hematocrit  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Red blood cell morphology

Anisocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Poikilocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Hypochromia  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Microcytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Macrocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

White blood cell count

Neutrophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Basophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Eosinophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Lymphocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Monocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Platelets  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

๓.ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

**๔. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

Chest X-rays  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

และภาวะสุขภาพ  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)