



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา 2561

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....อายุ ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.สถานที่เกิด.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากที่แพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่น ๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือเมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดานามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดานามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ

(บิดา หรือ มารดา หรือผู้ปกครอง)





วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

สำหรับผู้สมัคร
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์,แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงานอำเภอ/เขตจังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ
ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพ 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"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	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"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ
การมองเห็น (VA) ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ
การมองเห็น (VA) ตาขวา	<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
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ
โรคคนเผลอก	<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)

Urine analysis (UA)

- Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- สารเสพติด (มอร์ฟิน , แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ อย่างน้อย 1 ประเภท)
 ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

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.....

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-ray ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย , นาง , นางสาว นามสกุล

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

