



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

สำหรับผู้สมัคร
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปี 2562

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

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล 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		
		
		
		



หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล วพบ.เชียงใหม่



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

- | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Albumin | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Sugar | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Sediments | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| สารเสพติด (มอร์ฟิน , แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ อย่างน้อย 1 ประเภท) | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |

Complete blood count (CBC)

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Hemoglobin | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Hematocrit | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Red blood cell morphology | | | |
| Anisocytosis | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Poikilocytosis | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Hypochromia | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Microcytosis | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Macrocytosis | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| White blood cell count | | | |
| Neutrophil | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Basophil | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Eosinophil | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Lymphocyte | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Monocyte | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| Platelets | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-ray ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย , นาง , นางสาว นามสกุล
มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

