

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุลอายุ.....ปี
เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ.....สถานที่เกิด.....จังหวัด

ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ(ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็น
เรียบร้อยแล้ว) (ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์การรักษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่น ๆ ระบุ.....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ
เมื่อ พ.ศ. ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือเป็น
ความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
(.....)

ลงชื่อ.....บิดา หรือ มารดา หรือผู้ปกครอง
(.....)

2/ส่วนที่ 2....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

1.ตรวจร่างกายทั่วไป ผู้รับการตรวจนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

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"/> 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..... |
| 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..... |
| โรคคนเฝ้าอก | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น ระบุ..... |
| การทำงานของหัวใจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ..... |
| โรคจิต สุขภาพจิต | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ..... |

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....
.....
.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) วันที่.....

3/2ตรวจสายตา...

-3-

2.ตรวจสายตา

การมองเห็น (VA) ตาขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

การมองเห็น (VA) ตาซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

การตรวจตาบอดสี

ให้ตรวจโดยให้นักเรียนอ่าน ISHIHARA PLATE อย่างน้อย 12 PLATES

ผล : นักเรียนสามารถอ่านได้ถูกต้องจำนวน.....PLATES

จักษุแพทย์.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) วันที่.....

ผู้รับการตรวจนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

3.ตรวจการได้ยิน (Audiometry)

ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
การได้ยินหูขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
การได้ยินหูซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

โสต ศอ นาสิก แพทย์.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) วันที่.....

4.ตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA : UP RIGHT)

.....
.....
.....

การแปลผล ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

รังสีแพทย์.....ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) วันที่.....

4/5.ผลการตรวจ...

-4-

5.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)
 ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
UPT Positive Negative ระบุ.....

Complete blood count (CBC)

Hemoglobin ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
Hematocrit ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
Red blood cell morphology
Anisocytosis ปกติ 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 checked="" type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....

ผู้รับการตรวจนาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

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.....

ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาสาขาวิชาพยาบาลนำไปตรวจร่างกายนี้ ไปตรวจร่างกาย
ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน