

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

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