



**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)**

**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

**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

Basophl  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ

Eosinophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ

Lymphocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ

Monocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ

Platelets  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

Chest X-rays  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ)

( \_\_\_\_\_ )

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

- ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)  
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ ..... เมื่อ พ.ศ. ....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

- ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

- ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

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

- ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

- ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ .....

ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล  
 สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ แล้ว  
 ได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)**

น้ำหนัก	กก. ส่วนสูง	ชม. ความดันโลหิต	มม.ปรอท	ซีพจร	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		
<b>การมองเห็น (VA) ตามคำอธิบาย ส่วนที่ ๓ ข้อ ๒</b>					
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		
โรคคนเฝ้าก		<input type="checkbox"/> ไม่เป็น <input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ		
การทำงานของหัวใจ		<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ		ระบุ			



**ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้**

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแมงสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังมีสายตาดำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
  - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมึผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามึแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเฝือก ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ร่างกายอ่อนแอและติดเชือดีง่าย
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
  - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
  - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
  - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข