

แบบฟอร์มตรวจสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ประจำปีการศึกษา 2564

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัครสอบ (ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก)

ชื่อ-สกุล นาย นางสาว นามสกุล

โรงเรียน อำเภอ จังหวัด

วัน – เดือน – ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

สอบคัดเลือกประเภท รับตรง ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่
ความพิการ (เป็นใบ้ พูดไม่ชัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)

	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
หอบหืด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ไอบีเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
วัณโรคปอด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ตัวเหลือง ตาเหลือง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ภาวะไตวายเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
หูหนวก หรือหูตึง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ไส้เลื่อน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ได้รับการผ่าตัด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ
ติดสารเสพติดให้โทษ	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี	ระบุ

ความผิดปกติของไทรอยด์ ไม่มี มี ระบุ

ภูมิแพ้/อาการแพ้ต่างๆ ไม่มี มี ระบุ

โรคเลือด ไม่มี มี ระบุ

อื่นๆ ไม่มี มี ระบุ

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

2. ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
 (.....)

นักเรียนผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

.....
 (.....) ผู้รับรอง

บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองนักเรียนผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล..... อำเภอ จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ

นาย นางสาว นามสกุล แล้วได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ลักษณะแขนและมือ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ลักษณะขาและเท้า ปกติ ผิดปกติ ระบุ

กระดูกและกล้ามเนื้อ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การออกเสียงพูด ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ลักษณะในช่องปาก ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ลักษณะผิหนัง ปกติ ผิดปกติ ระบุ

โรคเรื้อน ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การเคลื่อนไหวของร่างกาย ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ระบบประสาท ปกติ ผิดปกติ ระบุ

โรคเท้าช้าง ปกติ ผิดปกติ ระบุ

โรคลมชัก ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การมองเห็น (VA) ตาขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การมองเห็น (VA) ตาซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี) ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ

ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การได้ยินหูขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การได้ยินหูซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ

จมูก ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ต่อมทอนซิล ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ต่อมไทรอยด์ ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ต่อมน้ำเหลือง ปกติ ผิดปกติ ระบุ

- ลักษณะทรวงอก ปกติ ผิดปกติ ระบุ
- โรคจิต สุขภาพจิต ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ
- โรคคนเฝ้า ไม่เป็น เป็น ระบุ
- การทำงานของหัวใจ ปกติ ผิดปกติ ระบุ
- ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ

Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน ฯลฯ ตามดุลยพินิจของแพทย์)

ปกติ ผิดปกติ ระบุ

นักศึกษาหญิง Preg. Test 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, นางสาว นามสกุล
มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่ตั้งครรถ์ ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
2. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - 2.2 ตาบอดสีโดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - 2.3 ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้แยกกว่า 6/12 หรือ 20/40
 - 2.4 ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติแม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
6. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
7. โรคเบาหวานทุกระดับ
8. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคคนเผลอก
11. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาล เช่น
 - 11.1 ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - 11.2 กระดูกหรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - 11.3 โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเจนนเสียบุคลิกภาพ
 - 11.4 โรคเท้าช้าง

11.5 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)