

แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ประจำปีการศึกษา 2559

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

ชื่อ - สกุล นาย นาง นางสาว

ชื่อสถาบันต้นสังกัด

วัน/เดือน/ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด.....

วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความพิการ (เป็นใบ้ พูดไม้ซัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หอบหืด
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความดันโลหิตสูง
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ไอเป็นเลือด
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	วัณโรคปอด
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ภาวะไตวายเรื้อรัง
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคลมชัก
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคหัวใจ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคเบาหวาน
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หูหนวก หรือหูตึง
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ไส้เลื่อน
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ได้รับการผ่าตัด
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ติดสารเสพติดให้โทษ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความผิดปกติของธัยรอยด์
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ภูมิแพ้ / อาการแพ้ต่าง ๆ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	อื่น ๆ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักเรียน

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

ผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์ แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกาย นาย นาง นางสาว

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร BMI =

ความดันโลหิต mmHg. ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ ครั้ง/นาที

การวัดสายตา ไม่ใส่แว่น ใส่แว่น / contact lens

OD \bar{C} PH OD \bar{C} PH

OD \bar{C} PH OD \bar{C} PH

การตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ อ่าน Ishihara plate ได้ pate จาก pate

สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ ผิดปกติ อธิบายรายละเอียด

 บุคลิกลักษณะและรูปร่าง

 ความผิดปกติของอวัยวะ

 ลักษณะแขนและมือ

 ลักษณะขาและเท้า

 การออกเสียงพูด

- | <u>ปกติ</u> | <u>ผิดปกติ</u> | <u>อธิบายรายละเอียด</u> |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ลักษณะในช่องปาก |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ลักษณะผิวหนัง |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | การเคลื่อนไหวของร่างกาย |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ตาและการมองเห็น |
| | | ตาขวา |
| | | ตาซ้าย |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ลักษณะของใบหู |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | การได้ยิน |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | คอ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | จมูก |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ทรวงอก |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | การทำงานของปอด |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | การทำงานของหัวใจ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ช่องท้อง |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | กระดูกสันหลัง |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ระบบประสาท |
| ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ | | |
| | | |

ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย

- ปกติ ผิดปกติ Chest X-ray
- ผลการตรวจ
-
-
-

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

- ปกติ ผิดปกติ Urine analysis (UA)
- ผลการตรวจ
-
-

- ปกติ ผิดปกติ Complete blood count (CBC)
- ผลการตรวจ
-
-

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย นาง นางสาว นามสกุล

เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคหัวใจ
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคเรื้อน
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- โรคลมชัก
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- การใช้สารเสพติดให้โทษ
- โรคจิตต่าง ๆ
- โรคอ้วน

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- 1) แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
- 2) ผู้ได้รับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยบันทึกผลการตรวจตามแบบฟอร์มที่วิทยาลัยพยาบาลฯ กำหนด โดยให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์
- 3) ให้นำแบบฟอร์มนี้ ส่งพร้อมใบสมัคร ทั้งนี้หากไม่มีการตรวจร่างกายจะไม่มีสิทธิ์เข้ารับการสอบคัดเลือก