

ลำดับที่ .....

แบบฟอร์มสำหรับตรวจสอบสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2563  
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ติดรูปถ่าย

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

ชื่อ - สกุล  นาย  นางสาว.....โทรศัพท์.....

โรงเรียน ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิด .....อายุ.....ปี.....เดือน เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สอบคัดเลือกได้ประเภท  Portfolio  โควตาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  โควตาบุตรเจ้าหน้าที่สภากาชาดไทย

โครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า  รับตรงอิสระ

admission ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล .....

ลำดับที่ ..... (ตามรายชื่อโรงพยาบาลของรัฐที่สามารถเข้ารับการตรวจร่างกายและเอ็กซเรย์ที่ประกาศ)

อำเภอ / เขต ..... จังหวัด ..... วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ .....

\*\*\* ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน  และกรอกข้อมูลต่างๆ ตามความเป็นจริง โดยตอบให้ครบทุกข้อ \*\*\*

ส่วนที่ 1 นักเรียนเป็นผู้กรอก

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

มี  ไม่มี

อธิบายรายละเอียด

ความพิการ .....

(เป็นใบ้ พูดไม่ชัด ติด่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา อื่นๆ)

มีปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัว ระบุ.....

(ภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านการปรับตัว โรควิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ อื่นๆ)

หอบหืด ระบุวันที่มีอาการครั้งล่าสุด.....  ไข้ยาฟัน  ไม่ไข้ยาฟัน  .....

ความดันโลหิตสูง .....

ไอเป็นเลือด .....

วัณโรคปอด .....

ตัวเหลือง ตาเหลือง .....

ภาวะไตวายเรื้อรัง .....

โรคลมชัก .....

โรคหัวใจ .....

มี  ไม่มี อธิบายรายละเอียด

- โรคเบาหวาน .....
- หูหนวก หรือหูตึง .....
- ใส่เล็น .....
- กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ .....
- ได้รับการผ่าตัด .....
- ติดสารเสพติดให้โทษ .....
- ความผิดปกติของอวัยวะ .....
- ภูมิแพ้ / อาการแพ้ต่างๆ / แพ้สารเคมี เช่น ฝุ่นมือ ผงซักฟอก เป็นต้น ระบุสิ่งที่แพ้.....  
อาการแพ้ เช่น ผื่น ระบุ .....
- โรคเลือด.....
- โรค/อาการอื่นๆ .....
- ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....
- .....
- ยาที่ใช้ประจำ .....
- .....

## 2. ประวัติครอบครัว

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ.....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ.....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

## 3. ข้าพเจ้า มี ไม่มี คุณสมบัติตามประกาศสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

เรื่องการรับสมัครและสอบคัดเลือกนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2563

โดยได้อ่านข้อกำหนดคุณสมบัติของผู้สมัครครบถ้วนแล้ว ได้แก่

คุณสมบัติของผู้สมัคร ข้อที่ 4 มีน้ำหนักตัวไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม ความสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร

คุณสมบัติของผู้สมัคร ข้อที่ 5 มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ **ไม่มีประวัติ**เป็นโรคจิตโรคประสาท และ**ปราศจาก**โรค อาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังต่อไปนี้

5.1 มีความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

5.2 มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น เช่น โรคจิต (Psychotic Disorders) โรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood disorders) โรคประสาทรุนแรง (Severe Neurotic Disorders)

ภาวะบุคลิกภาพ (Personality Disorders) โดยเฉพาะ ภาวะความผิดปกติด้านบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorders) หรือ ภาวะความผิดปกติด้านบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorders) รวมถึงปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงาน และการประกอบวิชาชีพการพยาบาล

5.3 โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตรายที่จะมีผลต่อผู้รับบริการหรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

5.4 โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เช่น

- โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
- โรคหัวใจที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพการพยาบาล
- โรคความดันเลือดสูง
- โรคอ้วน (ค่า BMI > 30 ทั้งนี้ถือเอามาตรฐานเครื่องชั่งและเครื่องวัดของ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เป็นเกณฑ์ตัดสิน)
- ภาวะไตวายเรื้อรัง
- โรคเบาหวาน
- วัณโรคระยะไม่สงบ หรือ โรคปอดเรื้อรังซึ่งอาจขัดขวางต่อการศึกษา
- ติดสารเสพติดให้โทษ

ทั้งนี้ หากพบโรคหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาที่มีได้ระบุไว้ ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการอำนวยการสอบคัดเลือกฯ

5.5 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียวหรือสายตาสั้นผิดปกติเมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำกว่า 6/12 เมตร หรือ 20/40 ฟุต ตาบอดสีชนิดรุนแรงทั้ง 2 ข้าง โดยได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว หรือมีความผิดปกติในการเห็นภาพ

5.6 มีความผิดปกติในการได้ยิน โดยมีระดับการได้ยินเฉลี่ยที่ความถี่ 500-2,000 เฮิรตซ์ สูงกว่า 40 เดซิเบล จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensorineural hearing loss) ของหูข้างใดข้างหนึ่ง

5.7 มีความพิการของนิ้วมือ มือ แขนขา โรคหรือความพิการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาหรือเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนผู้สมัครสอบ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์  แพทย์หญิง ..... นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกายของ  นาย  นางสาว ..... นามสกุล.....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร BMI =.....

ความดันโลหิต ..... mmHg. ชีพจร ..... ครั้ง/นาที หายใจ ..... ครั้ง/นาที

การวัดสายตา  ไม่ใส่แว่น  ใส่แว่น / contact lens

Visual acuity (VA) : OD ..... c PH ..... OD ..... c PH .....

OS ..... c PH ..... OS ..... c PH .....

การตรวจตาบอดสี  ปกติ  ผิดปกติ .....

อ่าน Ishihara plate ได้.....plate จาก.....plate (โดยใช้ Ishihara test ที่มีแผ่นการทดสอบ 38 แผ่น

โดยให้อ่านเฉพาะ 21 แผ่นแรก หากอ่านได้น้อยกว่า 17 แผ่น ต้องตรวจ FORNSWORTH D 15 hue test)

## สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ ผิดปกติ

อธิบายรายละเอียด

บุคลิกลักษณะและรูปร่าง.....

ความผิดปกติของอวัยวะ.....

ลักษณะแขนและมือ.....

ลักษณะขาและเท้า.....

การออกเสียงพูด.....

ลักษณะในช่องปาก.....

ลักษณะผิวหนัง.....

การเคลื่อนไหวของร่างกาย.....

ตาและการมองเห็น.....

ตาขวา .....

ตาซ้าย .....

ปกติ ผิดปกติ

อธิบายรายละเอียด

- ลักษณะของใบหู.....
- การได้ยิน.....
- Sensorineural hearing loss
- อื่นๆ ระบุ.....
- คอ.....
- จมูก.....
- ทรวงอก.....
- การทำงานของปอด.....
- การทำงานของหัวใจ.....
- ช่องท้อง.....
- กระดูกสันหลัง.....
- ระบบประสาท.....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ .....

.....

**ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย**

- ปกติ       ผิดปกติ      **Chest X-ray**
- ผลการตรวจ .....
- .....

**ผลการตรวจทางห้องทดลอง**

- ปกติ       ผิดปกติ      **Urine analysis (UA) ระบุค่า**
- ผลการตรวจ Sp.gr. .... pH..... Protein.....
- Glucose..... Ketone..... Urobilinogen.....
- Bilirubin..... Blood..... Leukocyte.....
- Nitrite..... WBC..... RBC.....
- Squamous epithelial cell..... Bacteria.....

- ปกติ       ผิดปกติ      **Complete blood count (CBC) ระบุค่า**
- ผลการตรวจ Hb.....Hct.....MCV.....
- MCH.....MCHC.....Plt.....
- Wbc.....RBC morphology ที่ผิดปกติ .....
- .....
- .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า  นาย  นางสาว ..... นามสกุล.....  
 เป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ ไม่ปรากฏอาการ  
 และอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคหัวใจ
- วัณโรคหรือโรคปอดเรื้อรัง
- โรคเรื้อน
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- โรคลมชัก
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- การใช้สารเสพติดให้โทษ
- โรคจิตต่างๆ
- โรคอ้วน
- ภาวะไตวายเรื้อรัง
- หูตึงหรือหูหนวก
- ตาบอดสี
- ความพิการนิ้วมือ มือ แขน ขา และความพิการอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

#### หมายเหตุ

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2563 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เท่านั้น

2. ผู้สมัครต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาล ตามรายชื่อโรงพยาบาลที่สถาบันกำหนด

3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสอบสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้อง

3.1 ส่วนที่ 1 นักเรียนเป็นผู้กรอก กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและมีลายเซ็นนักเรียนผู้สมัครสอบ

3.2 ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน มีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจ ผลการตรวจสุขภาพไม่เกิน 1 เดือนก่อนวันรายงานตัว

4. ส่งผลการตรวจร่างกายมาทางอีเมล admission@stin.ac.th ภายในวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ.2563 เวลา 18:00 น.

1) แบบฟอร์มสำหรับตรวจสอบสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2563 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

2) ใบแจ้งผลการตรวจเลือดฉบับจริงจากทางโรงพยาบาล

3) ใบแจ้งผลการตรวจปัสสาวะฉบับจริงจากทางโรงพยาบาล

4) ใบแจ้งผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกฉบับจริงจากทางโรงพยาบาล

ทั้งนี้ขอให้รวมเอกสารทั้ง 4 รายการ เป็นไฟล์เดียวกันในรูปแบบ PDF File และตั้งชื่อไฟล์ดังนี้ “TCAS63\_5\_ลำดับที่  
 ชื่อนามสกุล” ตัวอย่าง TCAS63\_5\_200นางสาวแอน รักกาชาด