

ลำดับที่

แบบฟอร์มสำหรับตรวจสอบสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2566
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ติดรูปถ่าย

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

โรงเรียน อำเภอ จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิดอายุ.....ปี.....เดือน เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สอบคัดเลือกได้ประเภท ☐ รอบที่ 4 ประเภท Direct admission

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล

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

(เป็นไข้ พุดไม่ชัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา อื่นๆ)

☐ ☐ มีปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัว ระบุ.....

(ภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านการปรับตัว โรควิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ อื่นๆ)

☐ ☐ หอบหืด ระบุวันที่มีอาการครั้งล่าสุด..... ☐ ใช้ยาพ่น ☐ ไม่ใช้ยาพ่น ☐

☐ ☐ ความดันโลหิตสูง

☐ ☐ ไอบ่อยเป็นเลือด

☐ ☐ วัณโรคปอด

☐ ☐ ตัวเหลือง ตาเหลือง

☐ ☐ ภาวะไตวายเรื้อรัง

มี ไม่มี

อธิบายรายละเอียด

- ☐ ☐ โรคลมชัก
- ☐ ☐ โรคหัวใจ
- ☐ ☐ โรคเบาหวาน
- ☐ ☐ หูหนวก หรือหูตึง
- ☐ ☐ ไส้เลื่อน
- ☐ ☐ กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
- ☐ ☐ ได้รับการผ่าตัด
- ☐ ☐ ติดสารเสพติดให้โทษ
- ☐ ☐ ความผิดปกติของร่ายกาย
- ☐ ☐ 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 2566 โดยได้อ่านข้อกำหนดคุณสมบัติของผู้สมัครครบถ้วนแล้ว ได้แก่

คุณสมบัติของผู้สมัคร ข้อที่ 4 มีน้ำหนักตัวไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม ความสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร

คุณสมบัติของผู้สมัคร ข้อที่ 5 มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่มีประวัติเป็นโรคจิตโรคประสาท และปราศจากโรค 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)

- ปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ 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 หากพบโรคหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาที่ได้ระบุไว้ ให้อยู่ในดุลยพินิจของ
คณะกรรมการอำนวยการสอบคัดเลือกฯ

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

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

5.7 มีความพิการของนิ้วมือ มือ แขนขา โรคหรือความพิการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูล
ที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการ
การส่งชื่อเข้าศึกษาหรือเข้าศึกษาแล้ว 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 (โดยใช้ Ishihara test ที่มีแผ่นการทดสอบ 38 แผ่น โดยให้อ่านเฉพาะ 21 แผ่นแรก
หากอ่านได้น้อยกว่า 17 แผ่น ต้องตรวจ FORNSWORTH D 15 hue test)

อ่าน Ishihara plate ได้.....plate จาก.....plate ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ ผิดปกติ

อธิบายรายละเอียด

- ☐ ☐ บุคลิกลักษณะและรูปร่าง.....
- ☐ ☐ ความผิดปกติของอวัยวะ.....
- ☐ ☐ ลักษณะแขนและมือ.....
- ☐ ☐ ลักษณะขาและเท้า.....
- ☐ ☐ การออกเสียงพูด.....
- ☐ ☐ ลักษณะในช่องปาก.....
- ☐ ☐ ลักษณะผิวหนัง.....
- ☐ ☐ การเคลื่อนไหวของร่างกาย.....
- ☐ ☐ ตาและการมองเห็น.....
- ตาขวา
- ตาซ้าย
- ☐ ☐ 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.....เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ ไม่ปรากฏอาการ

และอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

☐ โรคหัวใจ☐ วัณโรคหรือโรคปอดเรื้อรัง☐ โรคเรื้อน☐ โรคคุชชิงหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ☐ โรคลมชัก☐ โรคความดันโลหิตสูง☐ โรคเบาหวาน☐ การใช้สารเสพติดให้โทษ☐ โรคจิตต่างๆ☐ โรคอ้วน

- ☐ ภาวะไตวายเรื้อรัง
- ☐ หูตึงหรือหูหนวก
- ☐ ตาบอดสี
- ☐ ความพิการนิ้วมือ มือ แขน ขา และความพิการอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เท่านั้น
2. ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ต้องไปรับการตรวจร่างกายจาก โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชน เท่านั้น * ทั้งนี้หากเป็นผลการตรวจร่างกายจากคลินิกจะไม่ได้รับการพิจารณา *
3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพร่างกายฯ ที่สมบูรณ์ต้อง
 - 3.1 ส่วนที่ 1 นักเรียนเป็นผู้กรอก กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและมีลายเซ็นนักเรียนผู้สมัครสอบ
 - 3.2 ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน มีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจ และต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล ผลการตรวจสุขภาพไม่เกิน 1 เดือนก่อนวันรายงานตัว

*** กรณีผลตรวจร่างกายมีความผิดปกติ ต้องตรวจยืนยันอีกครั้งที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในวันที่สอบสัมภาษณ์ ***

เอกสารการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- 1) แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
- 2) ใบแจ้งผลการตรวจเลือด ฉบับจริง จากทางโรงพยาบาล
- 3) ใบแจ้งผลการตรวจปัสสาวะ ฉบับจริง จากทางโรงพยาบาล
- 4) ใบแจ้งผล X-ray ทรวงอก ฉบับจริง จากทางโรงพยาบาล

การส่งเอกสารตรวจร่างกาย รายละเอียดดังระบุใน
เอกสารขั้นตอนการตรวจสุขภาพร่างกายฯ