

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

ชื่อ - สกุล ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว.....

หน่วยงาน/สถาบันต้นสังกัด.....

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 |
| | | (เป็นไข้ พุดไม่ชัด 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"/> | หุนหวน หรือหูดัง |
| <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 / อาการแพ้ต่างๆ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | อื่นๆ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ |

ประวัติครอบครัว

- ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี
- ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ
- ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ
- ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี
- ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ
- ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักเรียน

ลงชื่อ

(.....)

ผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

- นายแพทย์ แพทย์หญิง นามสกุล
- สถานที่ปฏิบัติงาน
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- ได้ตรวจร่างกายของ 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 C PH OD C PH
- OS C PH OS C PH
- การตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ อ่าน Ishihara plate ได้ pate จาก pate

สรุปผลการตรวจร่างกาย

- | ปกติ | ผิดปกติ | อธิบายรายละเอียด |
|-----------------------|-----------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | บุคลิกลักษณะและรูปร่าง |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ความผิดปกติของอวัยวะ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ลักษณะแขนและมือ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | ลักษณะขาและเท้า |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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"/> | ลักษณะของไพบูลุ |
| <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 |
| ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ | | |
| | | |

ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| <input type="radio"/> ปกติ | <input type="radio"/> ผิดปกติ | Chest X-ray |
| | | ผลการตรวจ |
| | | |
| | | |
| | | |

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|
| <input type="radio"/> ปกติ | <input type="radio"/> ผิดปกติ | Urine analysis (UA) |
| | | ผลการตรวจ |
| | | |
| | | |

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> ปกติ | <input type="radio"/> ผิดปกติ | Complete blood count (CBC) |
| | | ผลการตรวจ |
| | | |
| | | |

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า ○นาย ○นาง ○นางสาว.....
เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏ
อาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคหัวใจ
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคเรื้อน
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- โรคลมชัก
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคไต
- การใช้สารเสพติดให้โทษ
- โรคจิตต่างๆ
- โรคอ้วน

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ

- 1) แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
- 2) ผู้สมัครสอบคัดเลือก ต้องเข้ารับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาล โดยบันทึกผลการตรวจตามแบบฟอร์มที่สถาบันการพยาบาลฯ กำหนด โดยดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์
- 3) นำแบบฟอร์มนี้ ส่งพร้อมใบสมัคร **ทั้งนี้ หากไม่มีการตรวจร่างกาย จะไม่มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือก**