ที่ อว 0633.06/ 780

คณะพยาบาลศาสตร์
85 ถนนมาลัยแมน อำเภอเมือง
จังหวัดนครปฐม 73000

25 กรกฎาคม 2567

เรื่อง ขอรับการตรวจร่างกาย

เรียน นายแพทย์ผู้ตรวจร่างกายประจำโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานการตรวจสุขภาพของผู้มีสิทธิสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาต่อ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568 จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นาย/นางสาว..........................................................เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อรับการสัมภาษณ์เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เพื่อเป็นการยืนยันว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง**ไม่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและจิต**ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงขอให้มีการตรวจร่างกายและรับผลการตรวจร่างกายต่อไปนี้

1. ใบความเห็นแพทย์ (ตามแบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์)

2. ภาพเอกเรย์ทรวงอก

3.ใบรายงานผลการตรวจเลือด

ทั้งนี้ สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว.........................................
เป็นผู้รับผิดชอบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. หทัยชนก บัวเจริญ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
โทร. 0 3410 9300 ต่อ 3565
โทรสาร 0 3410 9318
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ nursing.npru@gmail.com
สำเนาเรียน ฝ่ายการพยาบาล

**แบบรายงานการตรวจสุขภาพของผู้มีสิทธิสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาต่อ**

**หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568**

**ส่วนที่ 1 ผู้เข้าสอบคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูล (เขียนตัวบรรจง)**

**1.ประวัติส่วนตัว**

ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว).................................................................................................

เกิดวันที่.......เดือน..........พ.ศ.........อายุ.....ปี.....เดือน....จังหวัดที่เกิด....................................

เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................................................

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้..........................................................................................................

**2. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา (ทำเครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูล)**

ท่านเคยมีอาการ หรือมีโรค/อาการ หรือภาวการณ์เจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ระบุอาการ พ.ศ. ที่เป็น และรักษาอย่างไร

| มี | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด | มี | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด |
|---|---|---|---|---|---|
| ○ | ○ | หัด.................................... | ○ | ○ | เลือด .................................... |
| ○ | ○ | วัณโรค .................................... | ○ | ○ | เบาหวาน .................................... |
| ○ | ○ | ตับอักเสบ .................................... | ○ | ○ | หัวใจ .................................... |
| ○ | ○ | ลมชัก .................................... | ○ | ○ | ไต .................................... |
| ○ | ○ | สุกใส .................................... | ○ | ○ | ความดันโลหิต.................................... |
| ○ | ○ | หอบหืด .................................... | ○ | ○ | ต่อมไทรอยด์.................................... |
| ○ | ○ | ภูมิแพ้ .................................... | ○ | ○ | ไส้เลื่อน.................................... |
| ○ | ○ | แก้ยา .................................... | ○ | ○ | โรคเรื้อน.................................... |
| ○ | ○ | ตัวเหลือง ตาเหลือง .................... | ○ | ○ | โรคติดต่อร้ายแรง.......................... |

| มี | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด |
|---|---|---|
| ○ | ○ | ปัญหาทางสุขภาพจิต .................................................................... |
| ○ | ○ | หูหนวก หูตังจากประสาท แม้แต่ข้างเดียว .................................................... |
| ○ | ○ | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ .................................................... |
| ○ | ○ | ผ่าตัดเกี่ยวกับ ○ สมอง ○ หัวใจ ○ กระดูก ○ อื่นๆ ระบุ ........................................ |
| ○ | ○ | โรคผิวหนังที่เป็นที่หนังเกียจแก่ผู้อื่น .................................................... |
| ○ | ○ | โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม ........................................ |
| ○ | ○ | ความพิการของร่างกายที่ทำให้เสียบุคลิกลักษณะ ................................................ |
| ○ | ○ | ติดยาเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้องรัง ................................................ |
| ○ | ○ | อื่นๆ .................................................................... |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าหากตรวจพบภายหลังว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมล ข้าพเจ้าจะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ แม้จะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาแล้วก็ยินยอมให้ถอนให้พ้นสภาพนักศึกษา

ลงชื่อ .............................ผู้สอบคัดเลือก

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

วันที่......เดือน................พ.ศ.................

ลงชื่อ............................... ผู้รับรอง

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

บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง

วันที่...เดือน................พ.ศ.................

**ส่วนที่ 2 ใบรับรองการตรวจร่างกายของแพทย์ (ตรวจทุกรายการ)**

ผู้ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกเรย์ทรวงอก ที่**โรงพยาบาลรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน** โดยนำ**เอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจ** กรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และ**ลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ**

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง) ..........................................................................................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม..............................ออกให้ ณ วันที่.....เดือน...............พ.ศ. ...............

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ..........................................................................................

แขวง/ตำบล.............................เขต/อำเภอ.............................จังหวัด.............................

ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว)..........................................................................................

เลขที่ผู้ป่วย (H.N.).................................วัน/เดือน/ ปีที่เข้าตรวจร่างกาย..............................แล้วได้ผล ดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก.............กิโลกรัม ส่วนสูง.............เซนติเมตร อุณหภูมิ............. ℃

ความดันโลหิต............... mmHg. ชีพจร...............ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ.............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.................................... |
| ลักษณะผิวหนัง | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| การเคลื่อนไหวของร่างกาย | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ระบบประสาท | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| การมองเห็น (VA) ตาขวา | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| การมองเห็น (VA) ตาซ้าย | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี) | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ใบหู และลักษณะภายนอกของหูขวา | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ใบหู และลักษณะภายนอกของหูซ้าย | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| การได้ยินหูขวา | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| การได้ยินหูซ้าย | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| จมูก | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ต่อมไทรอยด์ | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ต่อมนำเหลือง | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| การทำงานของหัวใจ | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |
| ปอด | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ.................................... |

**<u>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u>**

**Urine analysis (UA)** *(แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)*

Albumin ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

Sugar

Sediments ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย 1 ประเภท) ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

**Complete blood count (CBC)** *(แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)*

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........................................
- Basophil ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................
- Eosinophil ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................
- Lymphocyte ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................
- Monocyte ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................
- Platelets ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

**ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน** *(แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนมาด้วย)*

HBsAg ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

Anti-HBs ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน ........................................................................................

**ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคสุกใส และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน** *(แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนมาด้วย)*

ภูมิคุ้มกันโรคสุกใส ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน ........................................................................................

**ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน** *(แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนมาด้วย)*

ภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ........................................

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน ........................................................................................

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ให้นำภาพฟิล์มเอกเรย์ทรวงอก Upload ใน link ที่กำหนด**

Chest X-rays ○ ปกติ ○ ผิดปกติ หากผิดปกติ โปรดระบุ................
..............................................

○ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

○ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

**<u>ผลการวินิจฉัย</u>**

| | | | |
|---|---|---|---|
| โรคเรื้อน | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคเท้าช้าง | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคลมชัก | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคคนเผือก | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคหัวใจระดับรุนแรง | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคหัวใจระดับรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| ภาวะไตวายเรื้อรัง | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| วัณโรคในระยะแพร่เชื้อ | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคที่เกิดจากสารเสพติด | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคพิษสุนัขบ้าเรื้อรัง | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| โรคจิต สุขภาพจิต | ○ ไม่เป็น | ○ เป็น | ระบุ................................ |
| รอยแผลเป็น หรือร่องบาดแผลบริเวณข้อมือและแขน | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ................................ |
| ความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | ○ ปกติ | ○ ผิดปกติ | ระบุ................................ |

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ..................................................................
..................................................................

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า (นาย,นาง,นางสาว) ..................................................................

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ○ ปกติ ○ ผิดปกติ ระบุ ..................................................................

(ลงนาม) ....................................

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

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล

วันที่......เดือน................พ.ศ..................

(ประทับตราโรงพยาบาล)

**หมายเหตุ** รายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ