



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ _____
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ สถานที่เกิด _____ จังหวัด _____

- ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่นๆ ระบุ _____

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ _____ เมื่อ พ.ศ. _____

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ _____

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

- ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ _____

- ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ _____

ชื่อมารดา _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี

- ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ _____

- ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ _____

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์,แพทย์หญิง _____ นามสกุล _____
 สถานที่ปฏิบัติงาน _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ ได้ตรวจร่างกายของ _____ แล้ว
 ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

| น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. ความดันโลหิต _____ มม.ปรอท ชีพจร _____ ครั้ง/นาที | | | | |
|---|--|----------------------------------|------------|--|
| ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ลักษณะแขนและมือ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ลักษณะขาและเท้า | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| กระดูกและกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| การออกเสียงพูด | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ลักษณะในช่องปาก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ลักษณะผิวหนัง | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| โรคเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น | ระบุ _____ | |
| การเคลื่อนไหวของร่างกาย | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ระบบประสาท | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| โรคเท้าช้าง | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น | ระบุ _____ | |
| โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น | ระบุ _____ | |
| การมองเห็น (VA) ตาขวา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| การมองเห็น (VA) ตาซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ตาบอดสี (โดยเฉพาะแมงสี) | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | | | |
| | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | ระบุ _____ | | |
| ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| การได้ยินหูขวา | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| การได้ยินหูซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| จมูก | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ต่อมไทรอยด์ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ต่อมน้ำเหลือง | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| โรคจิต สุขภาพจิต | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | | | |
| | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | ระบุ _____ | | |
| โรคคนเฝ้าก | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น | <input type="checkbox"/> เป็น | ระบุ _____ | |
| การทำงานของหัวใจ | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ | |
| ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ | ระบุ _____ | | | |



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

- Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Sediments ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)
 ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

Complete blood count (CBC)

- 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 _____
- Basophl ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Eosinophil ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Lymphocyte ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Monocyte ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____
- Platelets ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

- Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว _____ นามสกุล _____
มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)
แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังมีสายตาดำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
 - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่า เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อง่าย
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานทางการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
 - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๓ โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
 - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
 - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข