

**แบบฟอร์มตรวจสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ประจำปีการศึกษา 2564**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัครสอบ (ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก)

ชื่อ-สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว นามสกุล

โรงเรียน อำเภอ จังหวัด

วัน – เดือน – ปีเกิด เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

สอบคัดเลือกประเภท ☐ รับตรง ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่
ความพิการ (เป็นไข้ พูดไม่ชัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)

	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
หอบหืด	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ความดันโลหิตสูง	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ไอเป็นเลือด	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
วัณโรคปอด	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ตัวเหลือง ตาเหลือง	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ภาวะไตวายเรื้อรัง	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
โรคลมชัก	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
โรคหัวใจ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
โรคเบาหวาน	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
หูหนวก หรือหูตึง	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ไส้เลื่อน	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ได้รับการผ่าตัด	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ติดสารเสพติดให้โทษ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ความผิดปกติของไทรอยด์	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
ภูมิแพ้/อาการแพ้ต่างๆ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
โรคเลือด	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ
อื่นๆ	☐ ไม่มี	☐ มี	ระบุ

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

2. ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสินในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

.....
(.....) ผู้รับรอง

บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองนักเรียนผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล..... อำเภอ จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ

☐ นาย ☐ นางสาว นามสกุล แล้วได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร 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
ลักษณะผิหนัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคเรื้อรัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ระบบประสาท	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคเท้าช้าง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคลมชัก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การมองเห็น (VA) ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมทอนซิล	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะทรวงอก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ		
โรคคนเฝ้า	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน ฯลฯ ตามดุลยพินิจของแพทย์)

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

นักศึกษาหญิง Preg. Test ☐ 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

Basophil ☐ 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, นางสาว นามสกุล

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่ตั้งครุฑ ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นผู้เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
2. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - 2.2 ตาบอดสีโดยเฉพาะแมงสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - 2.3 ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40
 - 2.4 ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติแม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมียผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความเสี่ยงอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษาศึกษา
6. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
7. โรคเบาหวานทุกระดับ
8. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคคนเผลอ
11. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาล เช่น
 - 11.1 ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ เช่น ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - 11.2 กระดูกหรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกลักษณะซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - 11.3 โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกลักษณะ
 - 11.4 โรคเท้าช้าง
 - 11.5 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)