



ผลการตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

โรงพยาบาล.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นายแพทย์/แพทย์หญิง) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่ .....

ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นางสาว/นาง).....

น้ำหนัก .....กิโลกรัม ส่วนสูง .....เซนติเมตร BMI.....kg/m<sup>2</sup>

V/S: BT.....PR.....RR.....BP.....

โปรดแสดงผลการตรวจ โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ลำดับ	รายละเอียด	ผลการตรวจร่างกาย	
		ไม่พบ/ ปกติ	พบ/ผิดปกติ (โปรดระบุ)
1.	โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย		
2.	โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา (๑) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ (๒) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ (๓) โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร (๔) ภาวะไตวายเรื้อรัง (GFR =.....) (5) มีปัญหาทางจิตเวชขั้นรุนแรง		
3.	ตาบอดสีชนิดรุนแรง ข้างเดียว หรือทั้งสองข้าง		
4.	ความผิดปกติในการเห็นภาพ (๑) สายตาผิดปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นสายตาแล้วยังมีสายตา ต่ำกว่า ๖/๒๔ ทั้งสองข้าง (๒) สายตาข้างดี ต่ำกว่า ๖/๑๒ เมื่อได้รับแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว (๓) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ		
5	หูหนวกหรือหูตึง		
6	โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อการศึกษา		
7	ผลการเอกซเรย์ปอด (Chest X-ray)		
8	ผลการตรวจหาเสพติดในปัสสาวะ (Amphetamine)		
9	ผลการตรวจเลือด (CBC) ตรวจการทำงานของไต (Creatinine)		
10	โรคประจำตัว (Underlying)		

สรุปความคิดเห็นของแพทย์

ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์  เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์

แพทย์ลงนาม.....

(.....)

หมายเหตุ ๑.ขอให้ผู้สอบคัดเลือกตรวจร่างกายที่ **โรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น** โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์เพื่อตรวจร่างกายตามแบบรายงานผลการตรวจสุขภาพนี้ และลงนาม พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ ให้เรียบร้อย **ขอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจพิเศษแนบท้าย**

๒. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมคณะพยาบาลศาสตร์ โทร. ๐๘๖ - ๓๑๙๙๒๘๔ หรือ ๐๓๙-๓๑๙๑๑๑ ต่อ ๑๑๗๙๐ ในวันและเวลาราชการ (๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)