

สำหรับติดรูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน เดือน ปี เกิด ..... วัน เดือน ปี ที่ตรวจ .....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียน/ผู้สมัครกรอก)

นักเรียน/ผู้สมัคร เคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
( )	( )	1. หอบหืด.....
( )	( )	2. ใจเป็นเลือด.....
( )	( )	3. วัณโรคปอด.....
( )	( )	4. ตัวเหลือง ตาเหลือง.....
( )	( )	5. เบาหวาน .....
( )	( )	6. ลมชัก / เป็นลมบ่อย.....
( )	( )	7. ปวดศีรษะ / ไมเกรน.....
( )	( )	8. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ / กระดูกหัก / สมองได้รับการกระทบกระเทือน .....
( )	( )	9. ความบกพร่องทางการได้ยิน / การมองเห็น .....
( )	( )	10. โรคผิวหนัง (ระบุ) .....
( )	( )	11. ภูมิแพ้ (ระบุ) .....
( )	( )	12. ใจสั่น / เจ็บหน้าอก / เหนื่อยง่าย .....
( )	( )	13. อาการเครียด / วิตกกังวล .....
( )	( )	14. ได้รับการผ่าตัด .....
( )	( )	15. ยาที่ใช้ประจำ (ระบุ) .....
( )	( )	16. อื่น ๆ .....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรักษา คือ .....

2. ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

( ) ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ .....

( ) ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

( ) ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ .....

( ) ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม่จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครเข้าศึกษาต่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองของผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์, แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล ..... อำเภอ ..... จังหวัด.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกาย  
 ของนาย / นาง / นางสาว ..... นามสกุล ..... แล้วได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายโดยทั่วไป**

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.....
ลักษณะผิวหนัง	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
โรคเรื้อรัง	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
ระบบประสาท	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
โรคเท้าช้าง	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
การมองเห็น (VA) ตาขวา	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
ใบหูและลักษณะภายนอกของหูขวา	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....
ใบหูและลักษณะภายนอกของหูซ้าย	( ) 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.....
โรคคนเฟื่อง	( ) ไม่เป็น	( ) เป็น	ระบุ.....
การทำงานของหัวใจ	( ) ปกติ	( ) ผิดปกติ	ระบุ.....

ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ ระบุ .....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย)**

**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 / นาง / นางสาว ..... นามสกุล .....  
 มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ ระบุ .....

(ลงชื่อ).....  
 (.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

**หมายเหตุ** 1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ  
 2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน

รายงานการตรวจตาบอดสี ของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน เดือน ปี เกิด ..... วัน เดือน ปี ที่ตรวจ .....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

---

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- ( ) ไม่เป็นตาบอดสี  
( ) มีตาบอดสี ระบุ ..... ระดับเล็กน้อย ..... ระดับปานกลาง ..... ระดับรุนแรง  
อื่น ๆ ระบุ .....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสีที่สมบูรณ์ ต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจ กำกับ  
2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน

รายงานการความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวร ของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน เดือน ปี เกิด ..... วัน เดือน ปี ที่ตรวจ .....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

---

ความเห็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการ  
ตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- ( ) ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร  
( ) มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ) .....  
อื่น ๆ ระบุ .....

(ลงชื่อ).....

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสีที่สมบูรณ์ ต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ที่เป็นผู้ตรวจกำกับ  
2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องทางการได้ยินจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน

ส่วนที่ 5 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา จะต้องไม่ตั้งครรภ์ ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
2. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 2.1 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - 2.2 ตาบอดสีโดยเฉพาะแมสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจละเอียดแล้ว
  - 2.3 ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้แย่กว่า 6/12 หรือ 20/40
  - 2.4 ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติแม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางตรวจร่างกายแล้วเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมัลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ที่แพทย์เห็นว่ามีความโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
6. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
7. โรคเบาหวานทุกระดับ
8. โรคจิต หรือสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคคนเฝ้าก
11. โรคและอาการอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาล เช่น
  - 11.1 ร่างกายต้องไม่ผิดปกติรูป หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของหน้าผิดปกติรูป แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติรูป
  - 11.2 กระดูกหรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาต กล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง
  - 11.3 โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
  - 11.4 โรคเท้าช้าง
  - 11.5 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

-----