



สำหรับติดรูปถ่าย
ผู้ตรวจร่างกาย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสุขภาพ

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2569

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

1.1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้สมัครกรอกข้อมูล)

นักเรียน/ผู้สมัคร เคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
()	()	1. หอบหืด.....
()	()	2. ไอเป็นเลือด.....
()	()	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 / วิดกกังวล
()	()	14. ได้รับการผ่าตัด
()	()	15. ยาที่ใช้ประจำ (ระบุ)
()	()	16. อื่น ๆ

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรักษา คือ

1.2 ประวัติครอบครัวของผู้สมัคร

1.2.1 ชื่อบิดา นามสกุล อายุ ปี

() ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

() ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

1.2.2 ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี

() ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

() ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

1.2.3 ผู้ปกครอง นามสกุล อายุ ปี

ความสัมพันธ์ ระบุ

() ยังมีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว คือ

() ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบือนข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัครเข้าศึกษาต่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง ของผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายโดยแพทย์

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2569

2.1 แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์ผู้ตรวจกรอกข้อมูล)

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล
 สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ
 นาย / นาง / นางสาว นามสกุล แล้ว ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายโดยทั่วไป

น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. ดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ () ปกติ () อ้วน () ผอม ความดันโลหิต มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ..... ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย..... องศาเซลเซียส

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.....
โรคผิวหนัง	() ไม่เป็น	() เป็น	ระบุ.....
การทำงานของหัวใจ	() ปกติ	() ผิดปกติ	ระบุ.....
โรคจิต สุขภาพจิต	() ปกติ () ผิดปกติ ระบุ..... () ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา () เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		

2.2 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.....

ข้าพเจ้า มีความเห็นว่า นาย / นาง / นางสาว นามสกุล
 มีสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ () ปกติ () ผิดปกติ ระบุ

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ
 (.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วันที่ตรวจ.....

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน



ส่วนที่ 3 การตรวจตาบอดสีโดยจักษุแพทย์

ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2569

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์ผู้ตรวจกรอกข้อมูล)

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ
นาย / นาง / นางสาว นามสกุล แล้ว ได้ผลดังนี้

ความเห็นของจักษุแพทย์

(เกี่ยวกับตาบอดสี ของผู้รับการตรวจ ที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี)

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

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
วันที่ตรวจ.....

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน



ส่วนที่ 4 ผลการตรวจความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวร โดยแพทย์หู คอ จมูก
ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2569

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์ผู้ตรวจกรอกข้อมูล)

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ
นาย / นาง / นางสาว นามสกุล แล้ว ได้ผลดังนี้

ความเห็นของแพทย์หู คอ จมูก

(เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร ของผู้รับการตรวจ ที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี)

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

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
วันที่ตรวจ.....

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน

ส่วนที่ 5 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา
จะต้องไม่ตั้งครรภ์ ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึษา
2. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - 2.2 ตาบอดสีโดยเฉพาะแมสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจละเอียดแล้ว
 - 2.3 ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้แยกว่า 6/12 หรือ 20/40
 - 2.4 ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางตรวจร่างกายแล้วเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ที่แพทย์เห็นว่ามึแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึษา
6. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
7. โรคเบาหวานทุกระดั้
8. โรคจิต หรือสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคผิวหนัง
11. โรคและอาการอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาล เช่น
 - 11.1 ร่างกายต้องไม่ผิดรูป หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของหน้าผิดรูป แขน ขา มือ หรือเท้าผิดรูป
 - 11.2 กระดูกหรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้า ปุก อัมพาต กล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง
 - 11.3 โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
 - 11.4 โรคเท้าช้าง
 - 11.5 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครสอบต้องไปขอรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด / ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลเอกชน