

**แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด  
ประจำปีการศึกษา 2566**

**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 (เป็นใบ้ หูตึง ไม่ชัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)

|                                |                                |                             |            |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------|
|                                | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์            | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| หอบหืด                         | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ความดันโลหิตสูง                | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ไอเป็นเลือด                    | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| วัณโรคปอด                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ตัวเหลือง ตาเหลือง             | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ภาวะไตวายเรื้อรัง              | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| โรคลมชัก                       | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| โรคหัวใจ                       | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| โรคเบาหวาน                     | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| หูหนวก หรือหูตึง               | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ไส้เลื่อน                      | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ได้รับการผ่าตัด                | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ติดสารเสพติดให้โทษ             | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ความผิดปกติของไตรอยด์          | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| ภูมิแพ้/อาการแพ้ต่างๆ          | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| โรคเลือด                       | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |
| อื่นๆ                          | <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี | ระบุ ..... |

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

2. ประวัติครอบครัว

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

3. ผลตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) Antigen Test Kit : ATK (ภายใน 72 ชั่วโมง)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสินสิทธิในการคัดเลือกครั้งนี้ 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 .....

โรคเรื้อน  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 .....

โรคคนเผลอ  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 (มอร์ฟีน, 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 .....

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, นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)

ส่วนที่ 3 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่ตั้งครรภ์ ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็  
โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อ  
การศึกษา
2. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 2.1 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - 2.2 ตาบอดสีโดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - 2.3 ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า 6/12 หรือ  
20/40
  - 2.4 ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้  
ยินไม่ปกติแม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ  
ตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผล  
ให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีแนวโน้มเกิด  
อันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
6. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
7. โรคเบาหวานทุกระดับ
8. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็น  
เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคคนเผลอก
11. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาล เช่น
  - 11.1 ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้า  
ผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่  
เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - 11.2 กระดูกหรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของ  
ร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่ง  
คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - 11.3 โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเจนนเสียบุคลิกภาพ
  - 11.4 โรคเท้าช้าง
  - 11.5 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มี  
อาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่  
ควบคุมได้)