



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๘  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่เกิด ..... จังหวัด .....

ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)  
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

**ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา**

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ ..... เมื่อ พ.ศ. ....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

**ประวัติครอบครัว**

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์,แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกายของ ..... แล้ว  
ได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก	กก. ส่วนสูง	ชม. ความดันโลหิต	มม.ปรอท	ชีพจร	ครั้ง/นาที
ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
โรคเรื้อน	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ		
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ		
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ		
การมองเห็น (VA) ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา				
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
จมูก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ		
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา				
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ		
โรคคนเฟื่อง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ		
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> 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 หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)  
 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,นาง,นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )  
แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



**ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้**

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
  - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะส่งผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอ
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
  - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าบวม อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๓ โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
  - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
  - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข