



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

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 หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ _____
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง
(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง _____ นามสกุล _____
สถานที่ปฏิบัติงาน _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม _____ ได้ตรวจร่างกายของ _____ แล้ว
ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป (แนบบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)

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 ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ _____
การเคลื่อนไหวของร่างกาย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____
ระบบประสาท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____
โรคเท้าช้าง ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ _____
โรคลมชัก ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ _____

การมองเห็น (VA) ตามคำอธิบาย ส่วนที่ ๓ ข้อ ๒

ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
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 _____
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ _____		
โรคคนเฝ้าก	☐ 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 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 _____
 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 _____
 มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

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

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข