



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่นๆ ระบุ _____
เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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 _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานผลการตรวจร่างกายเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ
ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ _____
(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

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) กรุณาระบุการอ่านคำสายตา				
ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____	
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 _____	
(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)				
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 _____		
โรคคนเผลอ	<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 (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
ประทับตราสถานบริการ