



รายงานผลการตรวจร่างกาย  
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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานผลการตรวจร่างกายเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)



**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

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

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. 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 _____
โรคเรื้อรัง <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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา (ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว)**

ตาขวา <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ _____
ตาซ้าย <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ _____

**ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)**  
 ไม่บอดสี  
 บอดสี ระบุสี \_\_\_\_\_

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"/> ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> เคยมีปัญหาสุขภาพจิต 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 (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 \_\_\_\_\_
- 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) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล  
ประทับตราสถานบริการ