



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา 2563

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ-นามสกุล (นาย / นางสาว) อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สถานที่เกิด จังหวัด

สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียน อำเภอ จังหวัด

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่นๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ เมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความพิการ (เป็นใบ้ พูดไม้ซัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หอบหืด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความดันโลหิตสูง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไอเป็นเลือด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	วัณโรคปอด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภาวะไตวายเรื้อรัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคลมชัก	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคหัวใจ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเบาหวาน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	หูหนวก หรือหูตึง	.....

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไส้เลื่อน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ได้รับการผ่าตัด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ติดสารเสพติดให้โทษ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความผิดปกติของฉัยรยดต์	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ภูมิแพ้ / อาการแพ้ต่างๆ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โรคเลือด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	อื่นๆ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดบังข้อมูลข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการสอบคัดเลือก แม้ว่าได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษายังคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์แล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนิสิตทันที

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจร่างกาย

แพทย์ผู้ตรวจ

สถานพยาบาล

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกายของ (นาย / นางสาว)

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร BMI =

ความดันโลหิต mm.Hg. ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ ครั้ง/นาที

การวัดสายตา ไม่ใส่แว่น ใส่แว่น / contact lens

OD C PH OD C PH

OS C PH OS C PH

การตรวจตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ อ่าน Ishihara plate ได้ pate จาก pat

สรุปผลการตรวจร่างกาย

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	บุคลิกลักษณะและรูปร่าง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ความผิดปกติของอวัยวะ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลักษณะแขนและมือ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลักษณะขาและเท้า	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การออกเสียงพูด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลักษณะในช่องปาก	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลักษณะผิวหนัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การเคลื่อนไหวของร่างกาย	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตาและการมองเห็น	
		- ตาขวา	.....
		- ตาซ้าย	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ลักษณะของใบหู	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การได้ยิน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	คอ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จมูก	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ทรวงอก	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การทำงานของปอด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	การทำงานของหัวใจ	.....

มี	ไม่มี	โรค	อธิบายรายละเอียด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ช่องท้อง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	กระดูกสันหลัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ระบบประสาท	.....

ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย

ปกติ ผิดปกติ Chest X-ray

ผลการตรวจ

.....
.....
.....

ผลการตรวจทางห้องทดลอง

ปกติ ผิดปกติ Urine analysis (UA) ระบุค่า

ผลการตรวจ Sp.gr pH Protein

Glucose Ketone Urobilinogen

Bilirubin Blood Leukocyte

Nitrite WBC RBC

Squamous epithelial cell Bacteria

HBs Ag Anti-HBc

.....
.....

ปกติ ผิดปกติ Complete blood count (CBC) ระบุค่า

ผลการตรวจ Hb Hct MCV

MCH MCHC Plt

Wbc อื่นๆ

.....
.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า (นาย / นางสาว)

เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ ไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- วัณโรคหรือโรคปอดเรื้อรัง
- โรคหัวใจ
- โรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- โรคลมชัก
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- การใช้สารเสพติดให้โทษ
- โรคจิตต่างๆ
- ตาบอดสี
- โรคอ้วน
- ภาวะไตวายเรื้อรัง
- หูตึงหรือหูหนวก
- ความพิการนิ้วมือ มือ แขน ขา และความพิการอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ เดือน พ.ศ.

(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ

1. แบบฟอร์มนี้ใช้ เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เท่านั้น
2. ผู้ได้รับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ ในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น
3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ประทับตราโรงพยาบาล และต้องลงนามลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจกำกับเท่านั้น
4. นำใบรายงานผลการตรวจร่างกายฯ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ส่งเอกสารมาที่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร 59/7 หมู่ 1 ถ.วปรอ 366 ต.เชิงเคอเรือ อ.เมือง จ.สกลนคร 47000 (ใบรับรองแพทย์)