



สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

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)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



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 _____
โรคทำซ้ำ <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) ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา 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)

- Pregnancy test Negative Positive ระบุ _____
 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 _____
 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) _____

(_____)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล
 ประทับตราสถานบริการ