



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 หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ
หรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด
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	☐ 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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา (ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว)

ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____

ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)

	☐ ไม่บอดสี		
	☐ บอดสี	ระบุสี _____	
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____

(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)

จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต		
	☐ เคยมีปัญหาสุขภาพจิต	ระบุ _____	
โรคคนเผลอ	☐ 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 _____

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