



## รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

### ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

- ☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)  
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

### ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

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 \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

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 _____ |  |
| โรคเท้าช้าง                                                                           | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น                   | <input type="checkbox"/> เป็น    | ระบุ _____ |  |
| โรคลมชัก                                                                              | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น                   | <input type="checkbox"/> เป็น    | ระบุ _____ |  |
| การมองเห็น (VA) ตาขวา                                                                 | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ _____ |  |
| การมองเห็น (VA) 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 _____ |  |
| 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 _____                       |            |  |
| โรคคนเฝ้า                                                                             | <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



**ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้**

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
  - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความเสี่ยงเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอ
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
  - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกลักษณะซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกลักษณะ
  - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
  - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

**หมายเหตุ** คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข