



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้สมัครเข้าศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

รูปถ่าย
ขนาด 1.5 นิ้ว

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....เพศ () ชาย () หญิง
เกิดวันที่เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี โทรศัพท์มือถือ.....
Email AddressID line.....

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ผู้สมัครเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก)

ผู้สมัครมีประวัติการเจ็บป่วย/การได้รับการรักษา/การฉายา ดังต่อไปนี้หรือไม่

	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ	ระบุ
1. ให้นำหนัก	[]	[]	[]
2. หอบหืด	[]	[]	[]
3. วัณโรคปอดระยะลุกลาม	[]	[]	[]
4. โรคความดันโลหิตสูง	[]	[]	[]
5. โรคเบาหวาน	[]	[]	[]
6. โรคลมชัก	[]	[]	[]
7. โรคหัวใจ	[]	[]	[]
8. โรคไตวายเรื้อรัง	[]	[]	[]
9. ภาวะตับอักเสบ	[]	[]	[]
10. โรคเลือด	[]	[]	[]
11. การผ่าตัดเกี่ยวกับสมอง/หัวใจ	[]	[]	[]
12. ได้รับอุบัติเหตุ/กระดูกหัก	[]	[]	[]
13. เจ็บป่วยเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลใน ระยะ 1 ปี	[]	[]	[]
14. โรคประจำตัวอื่น ๆ /ยาที่ใช้ประจำ	[]	[]	[]
15. โรคผิวหนัง	[]	[]	[]
16. การได้รับวัคซีนป้องกัน Covid-19	[]	[]	[]

บิดา มีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว..... ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....

มารดา มีชีวิตอยู่ มีโรคประจำตัว..... ถึงแก่กรรมด้วยสาเหตุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ทุกประการหากตรวจพบภายหลังจะให้ข้อมูล
อันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิจากการเป็นนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกายโดยแพทย์

2.1 ตรวจร่างกายทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....mm/hg ซีพีजर..... ครั้ง/นาที

	ปกติ	ผิดปกติ	ระบุรายละเอียดความผิดปกติ
1. ลักษณะรูปร่างการเดิน บุคลิกภาพ	[]	[]
2. ลักษณะแขนและมือ	[]	[]
3. ลักษณะขาและเท้า	[]	[]
4. กระดูกและกล้ามเนื้อ	[]	[]
5. การออกเสียงพูด	[]	[]
6. ลักษณะในช่องปาก	[]	[]
7. ลักษณะผิวหนัง	[]	[]
8. ระบบประสาท	[]	[]
9. ต่อมไทรอยด์	[]	[]
11. ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ			
ระบุ.....		
.....		
.....		

ความเห็นของแพทย์

[] สุขภาพปกติ

[] สุขภาพมีปัญหาเรื่อง.....

.....

.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....)

วันที่.....

สถานที่ตรวจ.....

ประทับตราโรงพยาบาล

2.2 การตรวจสายตาและการมองเห็น

1) การตรวจตาบอดสี

ผลการตรวจ

ตาขวา บอดสี ไม่บอดสี

ตาซ้าย บอดสี ไม่บอดสี

2) การวัดระดับการมองเห็น

การมองเห็น (VA) ตาขวา..... ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

การมองเห็น (VA) ตาซ้าย..... ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

3) ความผิดปกติอื่น ๆ (สายตาสั้น/ยาว/เอียง/ตาเข) ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....)

วันที่.....

สถานที่ตรวจ.....

ประทับตราโรงพยาบาล

2.3 การตรวจหูและการได้ยิน

ใบหูและลักษณะภายนอกของหูขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การได้ยินหูขวา ปกติ ผิดปกติ ระบุ

การได้ยินหูซ้าย ปกติ ผิดปกติ ระบุ

ความผิดปกติอื่น ๆ ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....)

วันที่.....

สถานที่ตรวจ.....

ประทับตราโรงพยาบาล

2.4 การตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

ผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก

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

การแปลผล ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(.....)

วันที่.....

สถานที่ตรวจ.....

ประทับตราโรงพยาบาล

2.5 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1) การตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (Urine pregnancy test : UPT)

- การแปลผล Positive (ผลบวก) มีการตั้งครรภ์
 Negative (ผลลบ) ไม่มีการตั้งครรภ์

2) การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urine analysis :UA)

- การแปลผล Albumin ปกติ ผิดปกติ ระบุ
- Sugar ปกติ ผิดปกติ ระบุ
- Sediment ปกติ ผิดปกติ ระบุ
- สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)
 ปกติ ผิดปกติ ระบุ

3) การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (Complete blood count : CBC)

- การแปลผล Hematocrit ปกติ ผิดปกติ
- Red blood cell count ปกติ ผิดปกติ
- White blood cell count ปกติ ผิดปกติ
- Neutrophil ปกติ ผิดปกติ
- Lymphocyte ปกติ ผิดปกติ
- Microcytes ปกติ ผิดปกติ
- Basophils ปกติ ผิดปกติ
- Eosinophils ปกติ ผิดปกติ
- Platelets ปกติ ผิดปกติ

ผู้ตรวจ.....

(.....)

วันที่.....

สถานที่ตรวจ.....

ประทับตราสถานบริการ

หมายเหตุสำหรับผู้สมัคร

- ให้ผู้สมัคร ปรีนทีเอกสารทุกหน้า และกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน สมบูรณ์
- นำเอกสารชุดนี้ไปขอรับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
- ให้นำเอกสารที่ผ่านการตรวจจากแพทย์ และแนบผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ (ถ้ามี) มายื่นในวันสอบสัมภาษณ์
- ให้แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจทางรังสีวิทยาไปด้วย
- หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ โทร. 053 873000 ต่อ 5970 และ 5978