



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

๑. 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

๒. 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

๓. ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

๔. ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

๕. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว นามสกุล

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ

และสุขภาพ ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
ประทับตราสถานบริการ



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์,แพทย์หญิง นามสกุล
สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ แล้ว
ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก	กก. ส่วนสูง	ชม. ความดันโลหิต	นม.โปรท ซีพจร	ครึ่ง/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) กรุณาระบุการอ่านคำสายตา				
ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ	
ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ	
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ	
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	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ	
โรคคนเฟื่อง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ	
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ	
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ			



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอ ☐ หัวใจ

☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ เมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา อายุ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา นามสกุล อายุ ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)