



## รายงานผลการตรวจสุขภาพ

ผู้สมัครเข้าศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2569

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน

### ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....นามสกุล .....

เลขที่บัตรประชาชน ..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

อายุ .....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์มือถือ ..... e mail address : .....

ID Line : ..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจสุขภาพ .....

ติดรูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

เป็นผู้สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน  
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบรับตรง โดยปรากฏผลการตรวจร่างกาย ดังต่อไปนี้

### ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้สมัครกรอก)

ผู้สมัคร เคยมี หรือ มีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย/การได้รับการรักษา/การฉายา ดังต่อไปนี้หรือไม่

ที่	(1) มี	(2) ไม่มี	(3) ไม่แน่ใจ	โรค / อาการ / ภาวะ	อธิบายรายละเอียด
1.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	หูน้ำหนวก	.....
2.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	หอบหืด	.....
3.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ไอบีเป็นเลือด	.....
4.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	วัณโรคปอด	.....
5.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ความดันโลหิตสูง	.....
6.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	โรคเบาหวาน	.....

ที่	(1) มี	(2) ไม่มี	(3) ไม่แน่ใจ	โรค / อาการ / ภาวะ	อธิบายรายละเอียด
7.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	โรคลมชัก / เป็นลมบ่อย	.....
8.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	โรคหัวใจ	.....
9.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	โรคไตวายเรื้อรัง	.....
10.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ตัวเหลือง ตาเหลือง	.....
11.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	โรคผิวหนัง (ระบุ)	.....
12.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ภูมิแพ้ (ระบุ)	.....
13.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ปวดศีรษะ/ไมเกรน	.....
14.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ กระดูกหัก	.....
15.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ได้รับการผ่าตัด	.....
16.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	ยาที่ใช้ประจำ (ระบุ)	.....
17.	<input type="checkbox"/> มี	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ไม่แน่ใจ	อื่น ๆ .....	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกายทั่วไป (สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

ชีพจร ..... ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ...../..... มิลลิเมตรปรอท

### ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ที่	ระบบ	(1) ปกติ	(2) ผิดปกติ	รายละเอียดความผิดปกติ
1	ระบบสายตา (สายตาสั้น/ยาว/เอียง, ตาเข)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
2	ระบบหู คอ จมูก (หูหนวก, หูตึง, หูน้ำหนวก, พุดไม่ชัด)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
3	ระบบผิวหนัง (ขีด, ผื่น, โรคเรื้อน)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
4	ระบบทางเดินหายใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
5	ระบบหัวใจและหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
6	ระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
7	ระบบประสาท	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
8	กระดูกสันหลังและแขนขา (ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า แขนขา)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....
9	ความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	.....

## ส่วนที่ 3 การตรวจพิเศษ (สำหรับแพทย์กรอก)

### 3.1 ผล Chest X-ray (PA Upright)

ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก .....

### 3.2 ผลการตรวจการได้ยิน

ปกติ  ผิดปกติ เนื่องจาก .....

### 3.3 ผลการตรวจตาบอดสี

ไม่พบตาบอดสี  พบตาบอดสี ระบุ .....

สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ ตาขวา ...../12 PLATES ตาซ้าย ...../12 PLATES

การแปลผล ตาขวา  ไม่บอดสี  บอดสี ตาซ้าย  ไม่บอดสี  บอดสี

## 3.4 ผลการตรวจการมองเห็น (Visual Acuity: VA)

VA ตาขวา (ใส่แว่น/คอนแทคเลนส์) ...../..... VA with pinhole ตาขวา ...../.....

VA ตาซ้าย (ใส่แว่น/คอนแทคเลนส์) ...../..... VA with pinhole ตาซ้าย ...../.....

การแปลผล [ ] ปกติ

[ ] ผิดปกติ อธิบาย .....

**ความเห็นของแพทย์**

ข้าพเจ้า (นายแพทย์/แพทย์หญิง) .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ ..... โรงพยาบาล .....  
ที่ตั้ง .....

มีความเห็นว่าผลการตรวจร่างกายของผู้สมัคร

[ ] ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

[ ] เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา เนื่องจาก .....

ลงชื่อ .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ ...../...../.....

**\*\* โปรดประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ \*\*****หมายเหตุ :**

1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องมีตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ และต้องมีลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ กำกับ
2. ผู้สมัครต้องรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย / โรงพยาบาลประจำจังหวัด / โรงพยาบาลประจำอำเภอ
3. เอกสารฉบับนี้ มี จำนวน 4 หน้า ผู้สมัครต้องกรอกข้อมูลส่วนที่ 1 พร้อมติดรูปถ่าย ไว้ล่วงหน้า ก่อนไปตรวจร่างกายกับแพทย์

ฉบับปรับปรุงใหม่ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569