



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 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 _____

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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
ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

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 _____	ชม. 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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา			
ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
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 _____
(*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)			
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 _____		
โรคคนเฟื่อง	<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 _____
- 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) _____

(_____)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ
ประทับตราสถานบริการ

คุณสมบัติด้านสุขภาพ สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติด้านสุขภาพ สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็น
อุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรค
ต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะเมสีหรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังมีสายตาดำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
 - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่น ๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตรายที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตราย
๖. โรคเบาหวาน ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตราย
๗. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๘. มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้นับโรคที่ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อง่าย
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
 - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนัง ที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ

๑๑.๔ โรคเท้าช้าง

๑๑.๕ โรคลมชัก ที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น เว้นแต่โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้

๑๑.๖ โรคอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

หมายเหตุ คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการพิจารณาผลการตรวจร่างกาย ให้ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข