

ใบนำทางตรวจสอบสุขภาพนักศึกษาแพทย์, ทันตแพทย์, พยาบาล 2563

วันที่ 22 มกราคม 2563

ชื่อ-สกุล : ..... วัน/เดือน/ปี เกิด : .....

HN : ..... เบอร์โทร: .....

1. จุดตรวจสอบรายชื่อ รับเอกสาร Visit slip (สนามบาสหน้าหอ 17) เจ้าหน้าที่.....

2.1 โรคประจำตัว  ปฏีเสธ  มี ระบุ.....

2.2 ประวัติแพ้ยา  ปฏีเสธ  แพ้ยา.....

2.3 ประจำเดือนวันแรกของเดือนล่าสุด (เฉพาะผู้หญิง) ว.ด.ป. ....จำนวน.....วัน

3. วัดสัญญาณชีพ

อุณหภูมิกาย.....C ชีพจร...../min หายใจ...../min ความดัน...../.....mmHg

ส่วนสูง.....cm. น้ำหนัก.....kg. รอบเอว.....นิ้ว รอบสะโพก.....นิ้ว

การมองเห็น (VA) ตาขวา ..... ตาซ้าย .....

ตาบอดสี  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

เจ้าหน้าที่.....

4. เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ **ตรวจอุจจาระ สำหรับนศ.พยาบาล** เจ้าหน้าที่.....

5. เอกซเรย์ปอด (CXR) เจ้าหน้าที่.....

6. ตรวจการได้ยิน Audiogram เจ้าหน้าที่.....

7. พบแพทย์

ปกติ

ผิดปกติ ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....

8. ตรวจสอบประวัติและถ่ายรูปที่เวชระเบียน

9. คืนเอกสาร

หมายเหตุ :

.....

.....