

ใบนำทางตรวจสอบสุขภาพนักศึกษาแพทย์ 2564

ชื่อ-สกุล : วัน/เดือน/ปี เกิด :

HN : เบอร์โทร:

1. ลงทะเบียน

2. ชักประวัติ

2.1 โรคประจำตัว ปฏิเสธ มี ระบุ.....

หมายเหตุ หากมีโรคประจำตัว ควรระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา และสถานพยาบาลที่ได้รับการดูแลประจำ

2.2 ประวัติแพ้ยา ปฏิเสธ แพ้ยา.....

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

3. วัดสัญญาณชีพ

BT.....C PR...../min RR...../min BP...../.....mmHg

HT.....cm. BW.....kg. รอบเอว.....นิ้ว รอบสะโพก.....นิ้ว

การมองเห็น (VA) ตาขวา ตาซ้าย (หากใส่แว่น โปรดระบุ)

ตาบอดสี ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

หมายเหตุ หากพบการตรวจตาบอดสี ต้องตรวจกับจักษุแพทย์ เพื่อทำการยืนยันระดับความรุนแรงของตาบอดสี

4. เจาะเลือด/ตรวจปัสสาวะ (CBC, BUN, Cr, UA)

หมายเหตุ สำหรับนักเรียนหญิง ควรตรวจปัสสาวะ ช่วงไม่มีรอบเดือน

5. เอกซเรย์ทรวงอก (CXR) (ต้องมีลายเซ็นแพทย์ หรือ รังสีแพทย์กำกับผลอ่านฟิล์ม)

6. ตรวจการได้ยิน Audiogram (ต้องเป็นแพทย์ หูคอจมูก ในการอ่านผลยืนยันเท่านั้น)

7. พบแพทย์

ปกติ

ผิดปกติ ระบุ.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....

วันที่ตรวจร่างกาย.....