



**รายงานการตรวจสุขภาพ**  
**ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์**  
**ประจำปีการศึกษา 2565 รอบ 1 PORTFOLIO**

รายละเอียดแนบท้าย 2

เอกสารหมายเลข 1  
(ตรวจร่างกาย)

- โครงการลูกแสดงทอง       โครงการบุตรเกษตรกรฯ       PORTFOLIO สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อ - สกุล..... อายุ .....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
 สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

- ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)**
- ( ) ติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ อื่น ๆ      ( ) โรคพิษสุราเรื้อรัง
  - ( ) โรคเท้าช้าง      ( ) โรคเรื้อน
  - ( ) โรคลมชัก      ( ) โรคหัวใจ
  - ( ) วัณโรค      ( ) โรคระบบทางเดินหายใจ (ถุงลมโป่งพอง, หอบหืด)
  - ( ) โรคความดันโลหิตสูง      ( ) โรคไต
  - ( ) โรคดีซ่าน, ตับอักเสบ      ( ) โรคเบาหวาน
  - ( ) อุบัติเหตุ      ( ) เคยได้รับการผ่าตัด โปรตระบุ.....
  - ( ) อื่น ๆ
  - ( ) ประวัติการรักษา โปรตระบุ.....

**1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)**  
 น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม      BMI .....      อุณหภูมิ.....°C  
 ชีพจร .....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ..... ครั้ง/นาที      ความดันโลหิต ...../.....ม.ม.ปรอท

		ปกติ	ผิดปกติ	อธิบาย
1	General appearance			
2	ENT.			
3	Heart			
4	Lungs			
5	Abdomen			
6	Neurological			
7	Extremities			

หมายเหตุ : ทำเครื่องหมาย / หลังข้อความ ถ้าผิดปกติกรออธิบาย  
 โรคหรือภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ ได้แก่

- โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง
- โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้
- โรคหัวใจระดับรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ
- โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร
- ภาวะไตวายเรื้อรัง
- โรคติดสารเสพติดให้โทษ

แพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
 (.....) วันที่ตรวจ .....

(ประทับตราโรงพยาบาล)



เอกสารหมายเลข 2  
( Lab , X-ray )

## รายงานการตรวจสุขภาพ

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2565 รอบ 1 PORTFOLIO

โครงการลูกแสดงทอง  โครงการบุตรเกษตรกรร  PORTFOLIO สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

### 2. ผลการตรวจทางห้องทดลอง

#### Complete Blood Count ( CBC)

Hb ..... gm % Hct ..... vol %

Red Blood cell morphology  Normal

Anisocytosis ..... Poikilocytosis.....

Hypochromia ..... Microcytosis .....

Macrocytosis .....

White blood cell count ..... cell / mm<sup>3</sup>

Neutrophil ..... %

Lymphocyte ..... %

Monocyte ..... %

Eosinophil ..... %

Basophil ..... %

Platelets ..... Cell / mm<sup>3</sup>

Blood group .....

BUN.....mg/dl Cr..... mg/dl

Urine analysis Albumin ..... sugar ..... sediments .....

Pregnancy test .....

Stool exam parasitic eggs ..... occult blood .....

### 3. การเอกซเรย์ปอด (Chest X- ray) .....

การแปลผล  ปกติ  ไม่ปกติ

### 4. ความเห็นของแพทย์เพิ่มเติม .....

แพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

(.....) วันที่ตรวจ .....

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ กรุณาแนบใบรายงานผลตรวจทางห้องทดลองและผลการอ่านเอกซเรย์ปอด (Chest X- ray) มาด้วย



เอกสารหมายเลข 3  
(ตรวจตา)

## รายงานการตรวจสุขภาพ

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2565 รอบ 1 PORTFOLIO

โครงการลูกแสดงทอง  โครงการบุตรเกษตรกร  PORTFOLIO สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

### การตรวจความผิดปกติในการเห็นภาพ

1. การตรวจตาบอดสี  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ.....

### 2. การมองเห็น (VA)

ผลตรวจ ตาขวา .....  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ ..... การแก้ไข .....

ตาซ้าย .....  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ ..... การแก้ไข .....

จักษุแพทย์ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
(.....) วันที่ตรวจ .....  
(ประทับตราโรงพยาบาล)

### หมายเหตุ

- สายตาไม่ปกติเมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง
- สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว



เอกสารหมายเลข 4  
(ตรวจหู)

รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2565 รอบ 1 PORTFOLIO

โครงการลูกแสดงทอง  โครงการบุตรเกษตรกร  PORTFOLIO สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....  
สถานที่ตรวจ ..... จังหวัด.....

ตรวจการได้ยิน (Audiometry )

ผลการตรวจระดับการได้ยิน      หูขวา = ..... dB      หูซ้าย = ..... dB

การแปลผล                                       ปกติ                       ไม่ปกติ

โสต ศอ นาสิก แพทย์ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
(.....) วันที่ตรวจ .....  
(ประทับตราโรงพยาบาล)

เกณฑ์การแปลผล : หูหนวกหรือหูตึง ( threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensorineural hearing loss)

หมายเหตุ : ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจและตราประทับของโรงพยาบาล พร้อมทั้งแนบใบผลการตรวจทางห้องทดลองมาด้วย ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาฯ ขอให้รีบนำไปรายงานการตรวจสุขภาพฉบับนี้ไปขอรับการตรวจร่างกายดังรายการที่กำหนด ตามโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือโรงพยาบาลของเอกชนที่ผ่านการรับรองประกันคุณภาพโรงพยาบาล