



รายงานการตรวจสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2565
รอบ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ - สกุล..... อายุปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....
สถานที่ตรวจ จังหวัด.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

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

1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซม BMI อุณหภูมิ.....°C
ชีพจรครั้ง/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 ถ้าผิดปกติกรอกอธิบาย

โรคหรือภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ ได้แก่

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

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)



รายงานการตรวจสุขภาพ

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2565
รอบ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เอกสารหมายเลข 2
(Lab , X-ray)

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 / mm3
Neutrophil %
Lymphocyte %
Monocyte %
Eosinophil %
Basophil %
Platelets Cell / mm3

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 (ระบุ)
4. ความเห็นของแพทย์เพิ่มเติม

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

หมายเหตุ กรุณาแนบใบรายงานผลตรวจทางห้องทดลองและผลการอ่านเอกซเรย์ปอด (Chest X- ray) มาด้วย



รายงานการตรวจสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2565
รอบ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

การตรวจความผิดปกติในการเห็นภาพ

1. การตรวจตาบอดสี

ปกติ
 ไม่ปกติ c

2. การมองเห็น (VA)

ผลตรวจ ตาขวา ปกติ ไม่ปกติ ระบุ การแก้ไข

ตาซ้าย ปกติ ไม่ปกติ ระบุ การแก้ไข

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ

- สายตาไม่ปกติเมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง
- สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขที่ดีที่สุดแล้ว



รายงานการตรวจสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2565
รอบ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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) จากความผิดปกติทางประสาท
และการได้ยิน (Sensorineural hearing loss)

หมายเหตุ : ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจและตราประทับของโรงพยาบาล
พร้อมทั้งแนบใบผลการตรวจทางห้องทดลองมาด้วย ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาฯ ขอให้รับนำไปรายงานการตรวจ
สุขภาพฉบับนี้ไปขอรับการตรวจร่างกายดังรายการที่กำหนด ตามโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือโรงพยาบาลของเอกชนที่
ผ่านการรับรองประกันคุณภาพโรงพยาบาล