



รายงานการตรวจสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2566 รอบ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

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

1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMIkg/m²
อุณหภูมิ.....°C ชีพจร ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต/.....ม.ม.ปรอท
กรุณาทำเครื่องหมาย / หลังข้อความ ถ้าผิดปกติกรุณาอธิบาย

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

คุณสมบัติทั่วไปด้านสุขภาพกาย มีดังนี้

- 1) ไม่มีความพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การประกอบวิชาชีพ ไม่มีโรคติดต่อในระยะอันตราย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ อาทิ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง และโรควัณโรคปอด เป็นต้น
- 2) ไม่มีโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง และโรคติดสารเสพติดให้โทษ เป็นต้น
- 3) ความมีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)



รายงานการตรวจสอบสุขภาพ

เอกสารหมายเลข 3

(ตรวจตา)

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

ประจำปีการศึกษา 2566 รอบ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

4. การตรวจความผิดปกติในการเห็นภาพ

4.1) การตรวจตาบอดสี ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

4.2) การมองเห็น (VA)

ผลตรวจ ตาขวา ปกติ (ระบุค่าสายตา) ไม่ปกติ (ระบุค่าสายตา)

การแก้ไข.....

ค่าสายตาหลังการแก้ไข.....

ผลตรวจ ตาซ้าย ปกติ (ระบุค่าสายตา) ไม่ปกติ (ระบุค่าสายตา)

การแก้ไข.....

ค่าสายตาหลังการแก้ไข.....

จักษุแพทย์ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

(.....) วันที่ตรวจ

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ: ความผิดปกติในการมองเห็นภาพ มีดังนี้

- 1) ตาบอดสี
- 2) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดต่ำกว่า 6/24 หรือ 20/70 ทั้งสองข้าง
- 3) สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 หรือ 20/40 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว
- 4) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

กรุณาแนบใบรายงาน ผลการตรวจวัดค่าสายตา (Visual Acuity Test)
และผลการตรวจตาบอดสี (Color Blindness Test) (ถ้ามี)

