



รายงานการตรวจสุขภาพ

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

รายละเอียดแนบท้าย 2

FM: IN2-05-04

เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 1 Portfolio

- โครงการลูกแสดงทอง  โครงการบุตรเกษตรกรฯ  Portfolio สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

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

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

- |                                                               |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง                         |
| <input type="checkbox"/> โรคเท้าช้าง                          | <input type="checkbox"/> โรคเรื้อน                                  |
| <input type="checkbox"/> โรคลมชัก                             | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ                                   |
| <input type="checkbox"/> วัณโรค                               | <input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินหายใจ (ถุงลมโป่งพอง, หอบหืด) |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง                   | <input type="checkbox"/> โรคไต                                      |
| <input type="checkbox"/> โรคตีชาน, ตับอักเสบ                  | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน                                 |
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ                           | <input type="checkbox"/> เคยได้รับการผ่าตัด โปรดระบุ.....           |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....                 |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา โปรดระบุ.....        |                                                                     |

1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMI .....kg/m<sup>2</sup>

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 และโรคติดเชื้อเฉียบพลันให้โทษ เป็นต้น
- 3) ครรภ์ส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)



รายงานการตรวจสุขภาพ

FM: IN2-05-05

เอกสารหมายเลข 2 (Lab , X-ray)

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 1 Portfolio

โครงการลูกแสดงทอง โครงการบุตรเกษตรกร 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 Abnormal (โปรดระบุ)

Anisocytosis Poikilocytosis

Hypochromia Microcytosis

Macrocytosis

White blood cell count cell / mm3

Neutrophil % Lymphocyte %

Monocyte % Eosinophil %

Basophil % Platelets Cell / mm3

Blood group Rh

BUN mg/dl Cr mg/dl

Urine analysis Albumin Sugar Sediments

Pregnancy test

Stool exam parasitic eggs occult blood

ความเห็นของแพทย์เพิ่มเติม

3. การเอกซเรย์ปอด (Chest X- ray) Normal Abnormal

\*กรุณาเขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray

แพทย์ผู้ตรวจ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
( ) วันที่ตรวจ
(ประทับตราโรงพยาบาล)

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

- 1. ผลการตรวจเลือด ได้แก่ (CBC, Blood group, BUN, Cr.)
2. ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urine Analysis; UA) และ Pregnancy test
3. ผลการตรวจอุจจาระ (Stool Examination)
4. ผล Chest X-ray (Report for X-ray Examination) \*หากทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกใบ Report ให้ได้
กรุณาให้แพทย์เขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray ที่ข้อ 3.



## รายงานการตรวจสุขภาพ

ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 1 Portfolio

FM: IN2-05-06  
เอกสารหมายเลข 3 (ตรวจตา)

โครงการลูกแสดงทอง  โครงการบุตรเกษตรกรฯ  Portfolio สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

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 เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาต่ำกว่า 6/24 หรือ 20/70 ทั้งสองข้าง
- 3) สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 หรือ 20/40 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว
- 4) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

1. วัดค่าสายตา (Visual Acuity Test)
2. ผลการตรวจตาบอดสี (Color Blindness Test) (ถ้ามี)

