



**รายงานการตรวจสุขภาพ**  
**ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์**  
**ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota**

รายละเอียดแนบท้าย 2

FM: IN2-05-04

เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา     โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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"/> โรคดีซ่าน, ตับอักเสบ                 | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน                                 |
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ                           | <input type="checkbox"/> เคยได้รับการผ่าตัด โปรตระบุ.....           |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรตระบุ.....                 |   |
| <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา โปรตระบุ.....        |   |

**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 หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ อาทิ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง และโรควัณโรคปอด เป็นต้น
- 2) ไม่มีโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคติดสารเสพติดให้โทษ เป็นต้น
- 3) ไม่มีภาวะตาบอดสีทุกระดับ
- 4) ไม่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดูต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาดูข้างดีต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
- 5) ไม่มีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 6) ไม่มีโรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่คณะกรรมการคัดเลือกเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจเพิ่มเติมได้
- 7) ครรภ์สูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

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

(.....) วันที่ตรวจ .....

(ประทับตราโรงพยาบาล)



รายงานการตรวจสุขภาพ  
 ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
 ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
 ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota

FM: IN2-05-05  
 เอกสารหมายเลข 2 (Lab , X-ray)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา     โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

2. ผลการตรวจทางห้องทดลอง

Complete Blood Count (CBC)

Hb ..... gm %	Hct ..... vol %
Red Blood cell morphology <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (โปรดระบุ)	
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 ..... 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) \*หากทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกไป Report ให้ได้ กรุณาให้แพทย์เขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray ที่ข้อ 3.



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota

FM: IN2-05-06

เอกสารหมายเลข 3 (ตรวจตา)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา  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 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)



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota

FM: IN2-05-07

เอกสารหมายเลข 4 (ตรวจหู)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา  โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

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

### 5. ตรวจการได้ยิน (Audiometry )

ผลการตรวจระดับการได้ยิน หูขวา = ..... dB

หูซ้าย = ..... dB

การแปลผล  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ.....

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

หมายเหตุ: ความผิดปกติในการได้ยิน ได้แก่ หูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางระบบประสาท และการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการได้ยิน (Audiometry) มาด้วย