



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2565  
รอบ 4 รับตรงอิสระ

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  
( ) โรคตีชาน, ตับอักเสบ ( ) โรคเบาหวาน  
( ) อุบัติเหตุ ( ) เคยได้รับการผ่าตัด โปรตระบุ.....  
( ) อื่น ๆ  
( ) ประวัติการรักษา โปรตระบุ.....

1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซม 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 ถ้าผิดปกติกรอกอธิบาย

โรคหรือภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน และการประกอบวิชาชีพ ได้แก่

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

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)





เอกสารหมายเลข 3  
(ตรวจตา)

รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2565  
รอบ 4 รับตรงอิสระ

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

