



รายงานการตรวจสอบสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 2 Quota

รายละเอียดแนบท้าย 2

FM: IN2-05-04

เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

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 |
| ☐ โรคติดเชื้อ, ตับอักเสบ | ☐ โรคเบาหวาน |
| ☐ อุบัติเหตุ | ☐ เคยได้รับการผ่าตัด โปรดระบุ..... |
| ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |
| ☐ ประวัติการรักษา 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 และการประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคติดสารเสพติดให้โทษ เป็นต้น
- 3) ไม่มีภาวะตาบอดสีทุกระดับ
- 4) ไม่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาดำข้างใดข้างหนึ่งต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
- 5) ไม่มีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 6) ไม่มีโรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่คณะกรรมการคัดเลือกเห็นว่า เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจเพิ่มเติมได้
- 7) มีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

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



รายงานการตรวจสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 2 Quota

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

ชื่อ - สกุล..... อายุปี 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) *หากทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกไป Report ให้ได้
กรุณาให้แพทย์เขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray ที่ข้อ 3.



รายงานการตรวจสอบสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิทยาศาสตร์ สำนักวิทยาศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 2 Quota

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

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

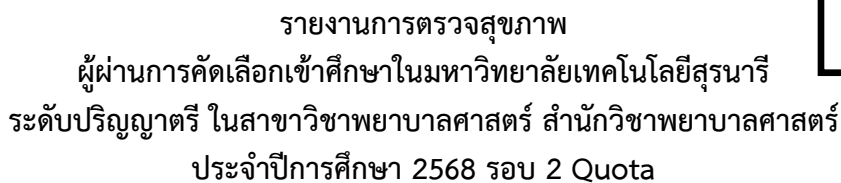
(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ: ความผิดปกติในการมองเห็นภาพ มีดังนี้

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

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

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



FM: IN2-05-07
เอกสารหมายเลข 4 (ตรวจ)

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

[illegible]

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

กรณีสลับใบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการได้ยิน (Audiometry) มาด้วย