

รายละเอียดการตรวจร่างกายสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

1. ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

- 1.1 ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Physical Examination)
- 1.2 ตรวจเลือด (CBC, VDRL, HIV, Blood group, Hbs Ag , Hbs Ab)
- 1.3 ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)
- 1.4 เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-Ray)

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สมัครเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย
1. ดาวโหลดแบบฟอร์ม แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ตามที่ผู้สมัครประสงค์เข้าศึกษา 2. นำเอกสารฉบับนี้ และ แบบฟอร์มตามข้อ 1.ไปแสดงเพื่อตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน 3. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกายให้ครบถ้วนทุกรายการตามที่ระบุไว้ 4. ผู้สมัครรอรับผลการตรวจร่างกาย โดยในแบบฟอร์มฯ ข้อ 1. หรือใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล ขอให้แพทย์ระบุผลการตรวจเลือด ผลการตรวจปัสสาวะ และผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดตามรายการข้างต้นครบทุกรายการ 5. ผู้สมัครสแกนแบบฟอร์มฯ และผลการตรวจร่างกายทุกแผ่น บันทึกรวมไฟล์ PDF ไฟล์เดียว ระบุชื่อเรื่องว่าส่งผลตรวจร่างกายของ.....(ชื่อ-สกุลผู้สมัคร).....ประกอบด้วยรายการตรวจเลือดทุกรายการ (CBC, VDRL, HIV, Blood group, Hbs Ag , Hbs Ab) ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-Ray) ไม่ต้องส่งฟิล์มเอ็กซเรย์หรือแผ่นซีดีมา



แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ปีการศึกษา 2569

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครเข้าศึกษากรอกข้อมูล

ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง).....นามสกุล.....เลขที่สมัคร.....
เกิดวันที่...../...../.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)..... อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ).....
เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล. ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)ประวัติอื่นๆที่สำคัญ.....
ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....นามสกุล.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว/นาง.....เมื่อวันที่.....
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI =..... ความดันโลหิต.....mmHg.
ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที
สภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....
ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย (Chest X-Ray) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....
ผลตรวจปัสสาวะ Urine analysis (UA) ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....
ผลตรวจเลือด CBC ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ).....Hb.....Hct.....Blood group.....
Immunology & Serology
Anti-HIV..... VDRL (TPHA).....HBs-Ag..... Anti HBs.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการ
ของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษ
สุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
- 4.....

สรุปความเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล