



แบบฟอร์มสำหรับตรวจสอบสุขภาพร่างกายผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
ปีการศึกษา 2561

ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ (นาย, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....สถานที่เกิด.....จังหวัด.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สอบคัดเลือกได้ประเภท  รับตรง  โควตา  สกอ.  อื่น ๆ.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ยังมีชีวิตอยู่

มีโรคประจำตัว คือ.....

ไม่มีโรคประจำตัว

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ยังมีชีวิตอยู่

มีโรคประจำตัว คือ.....

ไม่มีโรคประจำตัว

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษากรอก)

ท่านเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

มี    ไม่มี    อธิบายรายละเอียด

       อีสุกอีใส.....

       ไวรัสตับอักเสบบี.....

...../หอบหืด

- |                          |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หอบหืด.....                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ความดันโลหิตสูง.....                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด.....                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | วัณโรคปอด.....                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง.....              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคลมชัก.....                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเบาหวาน.....                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หุนหวนหรือหูดัง.....                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไส้เลื่อน .....                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ได้รับการผ่าตัด.....                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคไตวายเรื้อรัง.....                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคหัวใจ.....                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเลือด.....                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ภูมิแพ้.....                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคต่อมไทรอยด์.....                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | อื่น ๆ .....                         |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ.....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)

## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง.....นามสกุล.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
ได้ทำการตรวจร่างกายของ.....แล้วได้ผลดังนี้

### ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซ.ม. ความดันโลหิต..... มม.ปรอท. ชีพจร.....ครั้ง/นาที

- ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- การมองเห็น			
• ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
• ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- การรับรู้รส	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- การได้ยิน			
• หูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
• หูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- หัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- ปอด	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
- ช่องท้อง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....

### ผลการตรวจทางห้องทดลอง

ปกติ     ผิดปกติ    Urine analysis (UA) ระบุค่า  
ผลการตรวจ SP.gr.....pH.....Protein.....  
Glucose.....Ketone.....Urobilinogen.....  
Bilirubin.....Blood.....Leukocyte.....  
Nitrite.....WBC.....RBC.....  
Squamous epithelial cell.....Bacteria.....

ปกติ       ผิดปกติ Complete blood count (CBC) ระบุค่า  
 ผลการตรวจ HB.....Hct.....MCV.....  
 MCH.....MCHC.....Pit.....  
 Wbc.....อื่นๆ.....  
 .....

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays       ปกติ       ผิดปกติ      ระบุ.....

และเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้  
 และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคดังต่อไปนี้

- โรคหัวใจ
- โรคเรื้อน
- โรคลมชัก
- โรคเบาหวาน
- โรคจิตต่าง ๆ
- ภาวะไตวายเรื้อรัง
- ตาบอดสี
- วัณโรคหรือโรคปอดเรื้อรัง
- โรคกระดูกพรุนหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- โรคความดันโลหิตสูง
- การใช้สารเสพติดให้โทษ
- โรคอ้วน
- หูตึงหรือหูหนวก
- ความพิการนิ้วมือ มือ แขน ขา และความพิการอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย, นางสาว.....นามสกุล.....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ       ผิดปกติ      ระบุ.....

ลงชื่อ

.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล  
 (ประทับตราโรงพยาบาล)

## หมายเหตุ

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เท่านั้น
2. ผู้รับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาล
3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
4. นำผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนดของผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีการศึกษา 2561 มายื่นต่อ คณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ในวันสอบสัมภาษณ์ 21 เมษายน 2561