วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

<u>ส่วนที่ 1 ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก</u>

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

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

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

จังหวัด .....

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอง ☐หัวใจ

☐กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ ..... เมื่อ พ.ศ.....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าหากไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเข้าศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้เข้ารับการอบรม)

<u>ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก</u>

นายแพทย์,แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....
สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกาย.....
แล้ว ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

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

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ลักษณะแขนและมือ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ลักษณะขาและเท้า ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
กระดูกและกล้ามเนื้อ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
การออกเสียงพูด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ลักษณะในช่องปาก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
ลักษณะผิวหนัง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
โรคเรื้อน ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ.....
การเคลื่อนไหวของร่างกาย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ..... ..
ระบบประสาท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
โรคเท้าช้าง ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ .....
โรคลมชัก ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ .....
การมองเห็น (VA) ตาขวา ☐ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ .....
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี) ☐ ไม่เป็น
☐ เป็นอุปสรรคต่อการอบรม ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
การได้ยินหูขวา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
การได้ยินหูซ้าย ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
จมูก ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ต่อมทอนซิล ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ต่อมไทรอยด์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ต่อมน้ำเหลือง ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ลักษณะทรวงอก ☐ ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ .....
โรคจิต สุขภาพจิต ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ .....
โรคคนเผือก ☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ระบุ .....
การทำงานของหัวใจ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ .....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (โปรดแนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน,ฯลฯ ตามดุลยพินิจของแพทย์)

☐ ปกติ ☐ผิดปกติ ระบุ .....

Complete blood count (CBC)

Hemoglobin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Hematocrit ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Red blood cell morphology

Anisocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Poikilocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Hypochromia ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Microcytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Macrocytosis ☐ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

White blood cell count

Neutrophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Basophl ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Eosinophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Lymphocyte ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Monocyte ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Platelets ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

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

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว ..... นามสกุล ….....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

กรุณาปั๊มตราร.พ.