





## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง.....นามสกุล.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
ได้ทำการตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....นามสกุล..... แล้วได้ผลดังนี้

### ผลการตรวจร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)

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..... |
| ● โรคเรื้อน                    | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น                   | <input type="checkbox"/> เป็น    | ระบุ..... |
| ● การเคลื่อนไหวของร่างกาย      | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ระบบประสาท                   | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● โรคเท้าช้าง                  | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● โรคลมชัก                     | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● การมองเห็น (VA)              |  |                                  |           |
| ● ตาขวา                        | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ตาซ้าย                       | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)      | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา |                                  |           |
|                                | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา    |                                  | ระบุ..... |
| ● ใบหูและลักษณะภายนอกของหูขวา  | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ใบหูและลักษณะภายนอกของหูซ้าย | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● การได้ยินหูขวา               | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● การได้ยินหูซ้าย              | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● จมูก                         | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ต่อมไทรอยด์                  | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ต่อมน้ำเหลือง                | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● สุขภาพจิต                    | <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา |                                  |           |
|                                | <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา    |                                  | ระบุ..... |
| ● โรคคนเฝือก                   | <input type="checkbox"/> ไม่เป็น                   | <input type="checkbox"/> เป็น    | ระบุ..... |
| ● การทำงานของหัวใจ             | <input type="checkbox"/> ปกติ                      | <input type="checkbox"/> ผิดปกติ | ระบุ..... |
| ● ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ  | ระบุ.....  |                                  |           |

.....  
.....



**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)**

○ Urine analysis (UA)

- Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....
- สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย 1 ประเภท)  
 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.....
  - Basophil  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/นางสาว.....นามสกุล.....  
มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....  
.....

- ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

(ประทับตราโรงพยาบาล)



#### หมายเหตุ

1. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เท่านั้น
2. ผู้รับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐบาล
3. แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
4. นำผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มที่กำหนดของผู้ที่มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มายื่นต่อคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ในวันสอบสัมภาษณ์



### ส่วนที่ 3 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจทั้งชนิดที่เป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
2. มีความผิดปกติในการมองเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - 2.1 ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - 2.2 ตาบอดสี โดยเฉพาะแมงสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - 2.3 ระดับการมองเห็นของตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังมีสายตาดำกว่า 6/12 หรือ 20/40
  - 2.4 ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่น ๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะส่งผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่ามีความโน้มเอียงเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษ
6. โรคเบาหวาน ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่ามีความโน้มเอียงเกิดอันตรายระหว่างการศึกษ
7. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
8. มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งแพทย์ผู้ตรวจร่างกายหรือคณะกรรมการเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคคนเผลอ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ร่างกายอ่อนแอ และติดเชื้อง่าย
11. โรคและอาการอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์ เช่น
  - 11.1 ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - 11.2 กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพ ซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพ และลักษณะงาน
  - 11.3 โรคเรื้อรัง หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
  - 11.4 โรคเท้าช้าง
  - 11.5 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เว้นแต่โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้