



**รายงานประวัติการตรวจร่างกาย**  
**หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล**  
**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม**

**ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์เป็นผู้กรอก**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

**ประวัติส่วนตัว**

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... สถานที่เกิด..... จังหวัด .....

**ประวัติการเจ็บป่วย**

- การผ่าตัด  ไม่เคย  
 เคยได้รับการผ่าตัด ระบุ .....
- การได้รับอุบัติเหตุ  ไม่เคย  
 เคยได้รับอุบัติเหตุ ระบุ..... เมื่อ พ.ศ. ....
- การเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาล  ไม่เคย  
 เคยด้วยอาการ/โรค ระบุ..... เมื่อ พ.ศ. ....

**ปัจจุบันมีโรคประจำตัว**

- ไม่มี  
 มี ระบุ .....
- สภาพการรักษา  ไม่รักษา  กำลังรับการรักษา ที่.....

**ประวัติครอบครัว**

ชื่อบิดา ..... นามสกุล .....อายุ .....ปี  
 มีชีวิต โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....  
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา ..... นามสกุล .....อายุ .....ปี  
 มีชีวิต โรคประจำตัว  ไม่มี  มี ระบุ.....  
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่า  
ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นผู้เข้าอบรมฯ

(ลงชื่อ) .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับรอง

(บิดา มารดา / ผู้ปกครอง)

**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

สถานที่ปฏิบัติงาน .....อำเภอ/เขต ..... จังหวัด.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกายของ ..... แล้ว ได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ค่า BMI ..... ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ลักษณะผิวหนัง  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ลักษณะแขนและมือ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ลักษณะขาและเท้า  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การเคลื่อนไหวของร่างกาย  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การมองเห็น (VA) ตาขวา  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การมองเห็น (VA) ตาซ้าย  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)  ไม่เป็น  เป็น -  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา-  เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ.....ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การได้ยินหูขวา  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การได้ยินหูซ้าย  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ต่อมน้ำเหลืองหลังหู  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....จมูก  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ลักษณะในช่องปาก  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การออกเสียงพูด  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ต่อมไทรอยด์  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ลักษณะทรวงอก  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของปอด  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....การทำงานของหัวใจ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....ระบบประสาท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....กระดูกและกล้ามเนื้อ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....โรคเท้าช้าง  ไม่เป็น  เป็น -  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา-  เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ .....โรคลมชัก  ไม่เป็น  เป็น -  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา-  เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ .....โรคจิต  ไม่เป็น  เป็น -  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา-  เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ .....ภาวะสุขภาพจิต  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....โรคเรื้อน  ไม่เป็น  เป็น ระบุ.....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....

.....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)****Complete blood count (CBC)**

Hemoglobin..... gm%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Hematocrit..... vol%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

**Red blood cell morphology**

Anisocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Poikilocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Hypocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Microcytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Macrocytosis  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

**White blood cell count..... Cell/mm<sup>3</sup>**

Neutrophil.....%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Basophil.....%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Eosinophil.....%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Lymphocyte.....%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Monocyte.....%  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

**Platelets** ..... cells/mm<sup>3</sup>  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

**Urine analysis (UA)**

Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

**แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ**

(เอกสารที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาลของรัฐที่ตรวจร่างกาย)