



แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**ส่วนที่ 1 ผู้สมัครเข้าศึกษากรอก**

ชื่อ.....สกุล.....เลขที่ผู้สมัคร.....  
โรคประจำตัว  ไม่มี  มี(ระบุ)..... อุบัติเหตุและการผ่าตัด  ไม่มี  มี(ระบุ).....  
เคยรับการรักษาในรพ.  ไม่มี  มี(ระบุ)..... ประวัติอื่นๆที่สำคัญ.....  
ลงชื่อ..... วันที่...../...../.....

**ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์ / แพทย์หญิง ..... นามสกุล.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน .....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI =.....กก./ม<sup>2</sup>  
ความดันโลหิต .....mmHg. ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ ..... ครั้ง/นาที  
สภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  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 ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

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

สรุปความเห็น และขอแนะนำของแพทย์.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....แพทย์ผู้ตรวจ  
(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล