



แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกาย

**ผู้ผ่านการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๗**

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี วัน - เดือน - ปีเกิด.....
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....โรคประจำตัว.....
 ตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตเลขที่.....
 ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว
 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....แล้ว

๑. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที
 ผลการตรวจตาบอดสี.....
 ผลการตรวจร่างกายทั่วไป.....

๒. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด.....
 ผลการตรวจ CBC.....
 ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี (แอนติเจนและแอนติบอดี).....
 ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Examination).....
 ผลการตรวจการตั้งครรภ์ (Urine Pregnancy).....

๓. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

- เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการ และอาการแสดงของโรคติดต่อร้ายแรง ไม่เป็นโรคลมชัก(Epilepsy) เหมาะสมที่จะศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....
 (.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
 ประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ : ผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์นำแบบฟอร์มนี้ไปขอรับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น โดยให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจและลงนามเป็นหลักฐาน พร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจ และนำมายื่นภายในวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๕๗ ที่คณะพยาบาลศาสตร์ (ตึก ๔๓)