



รายงานประวัติการตรวจร่างกายของผู้ผ่านข้อเขียนทางวิชาการ
คณะแพทยศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ชื่อหน่วยบริการโรงพยาบาล.....

ส่วนที่ 1. สำหรับผู้เข้ารับการตรวจ

เลขบัตรประชาชน..... ชื่อ-สกุล : (นาย/นางสาว).....

วัน เดือน ปี เกิด :/...../..... อายุ:.....ปี กลุ่มเลือด.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ผู้ปกครอง..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพดังต่อไปนี้

- ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรค อากาการของโรคหรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การปฏิบัติงานและการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- มีโรคประจำตัว
ได้แก่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ

.....
วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ผลการตรวจร่างกายของผู้ผ่านข้อเขียนทางวิชาการ
คณะแพทยศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ส่วนที่ 2. สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจ

	น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....ซม. BMI.....
	ความดันโลหิต...../.....mm./Hg ชีพจร.....ครั้งต่อนาที
	อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส อัตราหายใจ.....ครั้งต่อนาที
ตรวจร่างกายทั่วไป	<p>ลักษณะทั่วไป <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจตา <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจคอ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจหัวใจ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจปอด <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจช่องท้อง <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจการได้ยิน <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ตรวจกล้ามเนื้อ <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ</p> <p>ความผิดปกติหรือความพิการอื่นๆที่ตรวจพบ </p>
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab.)	<p>1) การตรวจเลือด Complete blood count (CBC) 1. Hct.....% Hemoglobin.....g/dL White blood cell count...../mm³ Neutrophil.....% Lymphocyte.....% Monocyte.....% Eosinophil.....% Basophil.....% Platelet Count.....mm³ RBC Morphology [] Normal [] Abnormal Aniso, Poikilo..... Hypo....., Micro..... Macro..... Polychromasia..... Target cell.....Others.....</p> <p>2. Blood Chemistry BUN.....mg/dL Creatinine.....mg/dL</p> <p>3. Urine analysis Protein....., Sugar....., Blood</p> <p>Microscopic Examination WBC..... cells/HPF RBC cells/HPF Sq. Epi. cells/HPF Others</p> <p>4. Chest X-ray <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> ผิดปกติ.....</p>
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	<p>ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

(ลงชื่อ)..... แพทย์ผู้ตรวจ
 (.....)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ผลการตรวจพิเศษเพิ่มเติม

ผลการตรวจสายตา.....

.....

.....

ลงชื่อ.....จักษุแพทย์

วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ผลตรวจการได้ยิน.....

.....

.....

ลงชื่อ.....โสตศอนาสิกแพทย์

วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

ผลเอกซเรย์ปอด.....

.....

.....

ลงชื่อ.....รังสีแพทย์

วันที่ตรวจสุขภาพ...../...../.....

โปรดนำเอกสารตรวจร่างกายมาส่งที่เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนสอบสัมภาษณ์

ในวันที่ 28 เมษายน 2568 เวลา 8.00 - 16.00 น.

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.นครศรีธรรมราช โทร. 08 6471 4941 หรือ 0 7534 0250 ต่อ 3775-6

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ โทร. 0 5621 9870 หรือ 09 6246 3931

ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.ราชบุรี โทร. 09 1009 3139 หรือ 0 3233 8678