



รหัสประจำตัวผู้สมัคร.....

แบบฟอร์มรายงานผลการตรวจร่างกาย

ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

ชื่อ - สกุล(นาย/นางสาว).....อายุ.....ปี วัน-เดือน-ปีเกิด.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....โรคประจำตัว.....
ตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้า(นายแพทย์/แพทย์หญิง)ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ใบอนุญาตเลขที่..... ออกให้ ณ วันที่เดือน.....พ.ศ.
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย/นางสาว)เมื่อวันที่.....เดือนพ.ศ.

๑. ผลการตรวจร่างกาย

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

๒. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด
.....
ผลการตรวจ CBC
.....
ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg & HBsAb).....
ผลการตรวจปัสสาวะ (Urine Examination).....
ผลการตรวจการตั้งครรภ์ (Urine Pregnancy)

๓. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

- ☐ เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ และแสดงอาการของโรคติดต่อร้ายแรง ไม่เป็นโรคลมชัก(Epilepsy) เหมาะสมที่จะศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์
☐ ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ เนื่องจาก.....

ลงนาม.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐบาล)