



รูปถ่าย 3 x 4 ซม.

## รายงานการตรวจสุขภาพนักศึกษาใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

โปรดประทับตราโรงพยาบาลบนรูป

ชื่อ - สกุล..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
 วัน-เดือน-ปีเกิด.....อายุ.....  
 เลขที่บัตรประชาชน.....  
 ที่อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
 อีเมล.....Facebook.....  
 คณะ.....โปรแกรมวิชา.....  
 โรงพยาบาลที่ตรวจ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ.....

### 1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน. (ส่วนนี้ให้นักศึกษาเป็นผู้กรอก)

| โรค/อาการ                      | มี | ไม่มี | โปรดระบุรายละเอียด (ถ้ามี) |
|--------------------------------|----|-------|----------------------------|
| หอบหืด                         |    |       |                            |
| ความดันโลหิตสูง                |    |       |                            |
| ไอบ่อยเลือด                    |    |       |                            |
| วัณโรคปอด                      |    |       |                            |
| ตัวเหลือง ตาเหลือง             |    |       |                            |
| โรคลมชัก                       |    |       |                            |
| โรคเบาหวาน                     |    |       |                            |
| หุน้ำหนวก                      |    |       |                            |
| ไส้เลื่อน                      |    |       |                            |
| กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ |    |       |                            |
| ได้รับการผ่าตัด                |    |       |                            |
| อื่นๆ                          |    |       |                            |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

(.....)

นักศึกษาที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 2. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

น้ำหนัก.....กก.

ส่วนสูง.....ซ.ม.

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต.....มม./ปรอท

HEENT .....

Chest .....

Abdomen .....

Back .....

Skin .....

Neuro. ....

## 3. การตรวจทางรังสีวิทยา (เอกซเรย์)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST X-Ray)

.....  
.....

## 4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สารเสพติดในปัสสาวะ)

รายงานผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

.....  
.....

## 5. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

- สุขภาพ ปกติสมบูรณ์/มีปัญหาเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย
- สุขภาพมีปัญหา ควรได้รับการรักษาจากแพทย์ ในเรื่อง.....  
.....

.....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

### หมายเหตุ

1. ใบรายงานการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับกำกับรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจ
2. ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง
3. นำเอกสารรายงานผลการตรวจสุขภาพนักศึกษาใหม่ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อเจ้าหน้าที่งานพยาบาลด้วยตนเอง ในวันรายงานตัวนักศึกษาใหม่ ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา