



รูปถ่าย 3 x 4 ซม.

รายงานการตรวจสุขภาพนักศึกษาใหม่ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

โปรดประทับตราโรงพยาบาลบนรูปถ่าย

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	โปรดบรรยายละเอียด (ถ้ามี)
หอบหืด			
ความดันโลหิตสูง			
ไอเป็นเลือด			
วัณโรคปอด			
ตัวเหลือง ตาเหลือง			
โรคลมชัก			
โรคเบาหวาน			
หูน้ำหนวก			
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

.....
.....

4. 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

ลงชื่อนักศึกษา.....