



รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยราชธานี ประจำปีการศึกษา 2561

ขอให้ผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชธานีไปตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง โดยในเอกสารนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกรายละเอียดผลการตรวจร่างกาย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อและประทับตราของโรงพยาบาลไว้เป็นหลักฐาน และให้นำเอกสารฉบับนี้ พร้อมเอกสารผลการตรวจต่างๆ จากโรงพยาบาลมาส่งที่ฝ่ายรายงานตัวในวันรายงานตัวเข้ารับการศึกษาตามประกาศของ มหาวิทยาลัยฯ

ชื่อ (นาย/นางสาว)..... นามสกุล.....อายุ..... ปี  
เกิดวันที่..... เดือน .....พ.ศ.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....  
วันที่ตรวจ.....

ผลการตรวจร่างกาย/ Physical Examination

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท      ชีพจร.....ครั้ง/นาทีหายใจ.....ครั้ง/นาที  
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) .....

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ (Clinical Evaluation)

| รายการตรวจ                   | ผลการตรวจ |
|------------------------------|-----------|
| Eyes                         |           |
| Ears                         |           |
| Nose                         |           |
| Mouth, Throat, Tonsils       |           |
| Head, Scalp, Face            |           |
| Thyroid gland                |           |
| Lung, Chest                  |           |
| Heart                        |           |
| Breast                       |           |
| Distal pulse                 |           |
| Abdomen                      |           |
| Lymph nodes                  |           |
| Extremities, musculoskeletal |           |
| Skin                         |           |
| Others                       |           |

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ

| รายการตรวจ           | ผลการตรวจ |
|----------------------|-----------|
| Complete blood count |           |
| HBsAg                |           |
| Urine analysis       |           |
| Urine pregnancy      |           |
| ตาบอดสี              |           |
| Chest X-ray          |           |

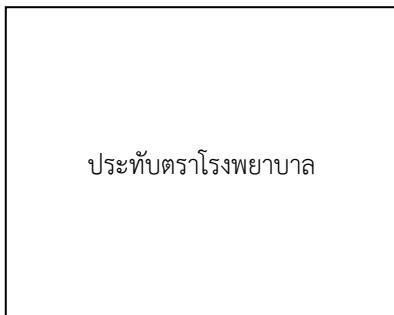
สรุปความเห็น : เห็นว่าตรวจสุขภาพ

ภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นอุปสรรคที่จะเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยฯ

ผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยฯ โดยตรวจพบสิ่งผิดปกติดังนี้ (โปรดระบุ)

.....  
 .....  
 .....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั้น 1  
 เลขที่ใบอนุญาต..... ออก ณ วันที่ .....



ลงลายมือชื่อ.....  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....