

**รายละเอียดการตรวจร่างกายสำหรับผู้สมัครหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ปีการศึกษา ๒๕๖๗**

๑. ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Physical Examination)
๒. ตรวจเลือด (CBC, VDRL, HIV, Blood group, Hbs Ag, Hbs Ab)
๓. ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)
๔. เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-Ray)

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สมัครเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย
๑. ดาวน์โหลด “แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี” ๒. นำเอกสารฉบับนี้ และ แบบฟอร์มฯ ตามข้อ ๑. ไปแสดงเพื่อตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ๓. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกายให้ครบถ้วนทุกรายการตามที่ระบุไว้ ๔. ผู้สมัครรอรับผลตรวจร่างกาย โดยในแบบฟอร์มฯ ข้อ ๑. หรือ ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล ขอให้แพทย์ระบุผลการตรวจเลือด(ถ้ามี) ผลการตรวจปัสสาวะ(ถ้ามี) และผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดตามรายการข้างต้นให้ครบทุกรายการ ๕. ผู้สมัคร SCAN แบบฟอร์มฯ และผลการตรวจร่างกายทุกแผ่น บันทึกรวมเป็นไฟล์ PDF ไฟล์เดียว ที่ประกอบด้วย ๕.๑ “แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี” หรือ ใบรับรองแพทย์ ที่แพทย์ระบุผลการตรวจครบทุกรายการ ๕.๒ SCAN ผลตรวจเลือดทุกรายการ (CBC , VDRL , HIV , Blood group, Hbs Ag, Hbs Ab) ผลตรวจปัสสาวะ (UA) และ ผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดว่าปกติ/ไม่ปกติ ไม่ต้องส่งฟิล์มเอ็กซเรย์หรือแผ่นซีดีมา ๕.๓ อัฟโหลด ไฟล์เอกสารตามข้อ ๕.๑ และ ๕.๒ ที่ https://nurse.udru.ac.th/



แบบฟอร์มตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่ผู้สมัคร.....
ประวัติโรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....
อุบัติเหตุและการผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือเป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา
(.....)
วันที่.....

ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....นามสกุล.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
ได้ตรวจร่างกายของ นาย/นางสาว.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. BMI.....กก./ม^๒
ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที
สภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....
ผลตรวจรังสีวินิจฉัย (Chest X-Ray) ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....
ผลตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....
ผลตรวจเลือด CBC ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ).....Hct.....Hb.....Blood group.....
Anti-Hiv..... VDRL (TPHA).....Hbs-Ag.....Anti-Hbs.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแสบคัน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคเท้าช้างในระยะปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแสบคัน
๔.

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....
.....
.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ
(.....)
(โปรดประทับตราโรงพยาบาล)