



**แบบฟอร์มตรวจสุขภาพสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก**

วันที่

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

ข้อมูลทั่วไป (General Information)

ชื่อ นาย/นางสาว..... นามสกุล.....เลขที่บัตรประชาชน

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

สถานที่เกิด อำเภอ..... จังหวัด.....ประเทศ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....Email Address.....

ประวัติครอบครัว

บิดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

มารดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

ตำแหน่ง.....ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ในกรณีเจ็บป่วยหรือกรณีฉุกเฉิน บุคคลที่สามารถติดต่อ/รับผิดชอบได้

เกี่ยวข้องเป็น.....สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว.....

ประวัติการผ่าตัด.....

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family Health Record)

สมาชิกใน ครอบครัว Family Member	อายุ Age	สถานที่เกิด Place of Birth	ประวัติการเป็นโรค การเจ็บป่วยทาง จิต ชัก ลมบ้าหมู ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน หรืออื่น ๆ History of TB, mental illness, epilepsy, HT, Heart disease, DM	ถ้าถึงแก่กรรม If deceased	
				ปีที่เสียชีวิต Year of Death	สาเหตุที่เสียชีวิต Cause

แบบบันทึกสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record)

โรคที่เคยเป็นหรือความผิดปกติอื่น ๆ (Diseases or abnormal conditions)

Diseases or abnormal conditions	Check	Age	Disease of abnormal conditions	Check	Age
ภูมิแพ้ Allergy			มาเลเรีย Malaria	.....	.....
หอบหืด Asthma			หัด Measles	.....	.....
หลอดลมอักเสบ Bronchitis			หัดเยอรมัน German measles	.....	.....
อีสุกอีใส Chickenpox			โรคไต Kidney disease	.....	.....
ชัก ลมบ้าหมู Convulsion			ไมเกรน Migraine	.....	.....
เบาหวาน Diabetes Mellitus			คางทูม Mumps	.....	.....
ท้องร่วง Diarrhea			ระบบประสาท Nervous system disorder	.....	.....
โรคหู Ear infection or disease			โรคจิต ประสาท Neurosis or Psychosis	.....	.....
Endocrine gland imbalance:			แผลทางเดินอาหารหรือลำไส้ Peptic or	.....	.....
- ไทรอยด์ Thyroid			duodenal ulcer		
- ไข่หาวรังไข่ Ovary			โรคคอตีบ Diphtheria	.....	.....
- อื่น ๆ Others			ปอดบวม Pneumonia	.....	.....
ไข้หวัดใหญ่ Influenza			ไข้รูมาติก Rheumatic fever	.....	.....
โรคหัวใจ Heart Disease			โรคข้อรูมาติซึม Rheumatism	.....	.....
โรคเลือด Hematological disorder			โรคผิวหนัง Skin disorders	.....	.....
ริดสีดวงทวาร Hemorrhoid			ทอนซิลอักเสบ Tonsillitis	.....	.....
ดีซ่าน ตับอักเสบ Jaudice or Hepatitis			วัณโรค Tuberculosis	.....	.....
			ไข้ไทฟอยด์ Typhoid fever	.....	.....

ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

เข็มที่	วันที่ได้รับวัคซีน	ชื่อวัคซีน
เข็มที่ 1		
เข็มที่ 2		
เข็มที่ 3		
เข็มที่ 4		

*****กรุณาแนบหลักฐานการฉีดวัคซีนโควิดจาก Application หอมพร้อม มาพร้อมกับแบบฟอร์มตรวจสุขภาพนี้**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ
(.....)

ผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

☐ นายแพทย์ ☐ แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกายของ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร BMI =

ความดันโลหิต mmHg. ชีพจร ครั้ง/นาที หายใจ ครั้ง/นาที

การวัดสายตา ☐ ไม่ใส่แว่น ☐ ใส่แว่น / contact lens

VA <

VA <

การตรวจตาบอดสี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ อ่าน Ishihara plate ได้ pate จาก pate

สรุปผลการตรวจสุขภาพ

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Chest X-ray | ☐ Normal | ☐ Abnormal |
| 2. CBC | ☐ Normal | ☐ Abnormal |
| 3. HIV | ☐ Negative | ☐ Positive |
| 4. HBsAg | ☐ Negative | ☐ Positive |
| 5. Anti-HBs IgG (ระบุ) | | |
| 6. UA | ☐ Normal | ☐ Abnormal |

*** กรุณาแนบสำเนารายงานผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ มาพร้อมกับแบบฟอร์มตรวจสุขภาพนี้

การตรวจร่างกาย Physical Examination		ปกติ Normal	ผิดปกติ Abnormal	ความผิดปกติที่ตรวจพบ Describe Abnormality
สภาพร่างกายทั่วไป	General appearance	.....	.....	.....
ศีรษะ หนังศีรษะ	Head Scalp	.....	.....	.....
ตา	Eye	.....	.....	.....
หู คอ	Ear Throat	.....	.....	.....
จมูก	Nose	.....	.....	.....
ต่อมไทรอยด์	Thyroid gland	.....	.....	.....
ปอด และทรวงอก	Lung and Chest	.....	.....	.....
หัวใจ	Heart	.....	.....	.....
ท้อง และอวัยวะในช่องท้อง	Abdomen	.....	.....	.....
ต่อมน้ำเหลือง	Lymph node	.....	.....	.....
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	Musculoskeleton	.....	.....	.....
แขน และขา	Extremities	.....	.....	.....
ผิวหนัง	Skin	.....	.....	.....

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

(ลงนาม)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ
โปรดประทับตราโรงพยาบาล