



รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ประจำปีการศึกษา 2565

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครสอบ

เลขที่ผู้สมัครสอบ ..... ชื่อ – สกุล ☐ นาย ☐ นางสาว .....  
โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
วัน – เดือน – ปีเกิด..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนนอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

| มี                       | ไม่มี                    | อธิบายรายละเอียด                                           |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หอบหืด (Asthma) .....                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ความดันโลหิตสูง (Hypertension) .....                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไอเป็นเลือด (Hemoptysis) .....                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) .....                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ตัวเหลือง ตาเหลือง (Jaundice) .....                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคลมชัก (Epilepsy) .....                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) .....                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หูน้ำหนวก (Otorrhea) .....                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ไส้เลื่อน (Hernia) .....                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Fracture / Accident) ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ได้รับการผ่าตัด (Surgical Operation) .....                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ.....                                                 |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่า ถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการ  
ปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจาก  
การเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

## ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

## 1. การตรวจร่างกาย (แบบผลการตรวจ)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชื่อ.....ครั้งที่.....

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แล้วเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่

ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

- ☐ โรคเรื้อน
- ☐ วัณโรคในระยะอันตราย
- ☐ โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง
- ☐ โรคจิตต่าง ๆ
- ☐ โรคकुठะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- ☐ กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีผื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- ☐ หุนหวก

## 2. ผลการเอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray)

.....

.....

.....

### 3. ผลการตรวจ Audiogram (แบบผลการตรวจ)

.....

.....

.....

#### 4. ผลการตรวจเพิ่มเติม (แบบผลการตรวจทุก Lab)

- |                                     |                               |                                  |
|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 4.1 ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ |
| 4.2 ตรวจปัสสาวะ UA                  | <input type="checkbox"/> ปกติ | <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ |

#### 4.3 ตรวจภูมิคุ้มกัน

| ผลตรวจภูมิคุ้มกัน                                 | มี (Positive) | ไม่มี (Negative) |
|---------------------------------------------------|---------------|------------------|
| 4.3.1 ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hbs Ag)        |               |                  |
| 4.3.2 ภูมิต้านทานการติดเชื้อไวรัสตับบี (Anti-Hbs) |               |                  |
| 4.3.3 ตรวจหาภูมิไวรัสสุกใส (Varicella IgG)        |               |                  |
| 4.3.4 ตรวจหาภูมิไวรัสหัด (Measle IgG)             |               |                  |
| 4.3.5 ตรวจหาภูมิไวรัสหัดเยอรมัน (Rubella IgG)     |               |                  |
| 4.3.6 ตรวจหาภูมิไวรัสโรคคางทูม (Mump IgG)         |               |                  |

#### หมายเหตุ

กรณีตรวจเลือดเพิ่มเติมแล้วไม่พบภูมิคุ้มกัน ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน เพิ่มเติมดังนี้

- ไม่พบภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี (Hbs Ag = Negative) และ ตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hbs Ag) ผลเป็นลบ

- ไม่พบภูมิคุ้มกันไวรัสสุกใส (Varicella IgG = Negative)

- ไม่พบภูมิคุ้มกันโรคใด โรคหนึ่ง (ผล = Negative) ต้องได้รับการฉีดวัคซีนรวม (วัคซีนคางทูม หัด และหัดเยอรมัน) ดังนี้

☐ ไม่พบเชื้อไวรัสกันเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน (Rubella IgG = Negative) หรือ

☐ ไม่พบภูมิคุ้มกันเชื้อภูมิไวรัสหัด (Measle IgG = Negative) หรือ

☐ ไม่พบภูมิไวรัสโรคคางทูม (Mump IgG = Negative)

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

### ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์ผู้ฉีดวัคซีน

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ทำการฉีดวัคซีน นาย/นางสาว .....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

#### 1. ผลการฉีดวัคซีน

| วัคซีน                             | ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว<br>(แพทย์รับรองการฉีดวัคซีน) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1.1 วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี         |                                                     |
| 1.2 วัคซีนไวรัสสุกใส               |                                                     |
| 1.3 วัคซีนคางทูม หัด และหัดเยอรมัน |                                                     |

#### หมายเหตุ

##### ข้อปฏิบัติการฉีดวัคซีน

1. ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 ครั้ง แล้วจึงตรวจหาภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี หลังจากได้ฉีด วัคซีน 1 เดือน และหากพบว่าผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ถ้ามีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ให้ฉีดวัคซีนอีก 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 เดือน
2. ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสสุกใส ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสสุกใสขนาด 0.5 ซี.ซี.จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4-8 สัปดาห์
3. ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคคางทูม หัด และหัดเยอรมัน ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคางทูม หัด และหัดเยอรมัน จำนวน 1 ครั้ง

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ฉีดวัคซีน

#### หมายเหตุ

ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง หรือ โรงพยาบาลเอกชน และให้นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ (ส่วนที่ 1 ถึง ส่วนที่ 3) ส่งผลในระบบภายในวันที่ 13 มกราคม 2565