



รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประจำปีการศึกษา 2565

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้สมัครสอบ

เลขที่ผู้สมัครสอบ ชื่อ - สกุล นาย นางสาว

โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

วัน - เดือน - ปีเกิด..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)
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.....

ข้าพเจ้ายืนยันรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างตนเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่า ถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เขารับการตรวจ

วันที่.....เดือน พศ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

1. การตรวจร่างกาย

น้ำหนัก.....กิโลกรัม

สวนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต.....mm.Hg

ชีพจร.....ครั้ง / นาที

ขาพเจา.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

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

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แลเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่ปรากฏอาการและการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่างๆ
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่มีฝิ่นหรือแผลตามผิวหนัง
- หูหนวก

2. ผลการเอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray)

3. ผลการตรวจ Audiogram (แนบผลการตรวจ)

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มเติม

4.1 ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC ปกติ ไม่ปกติ

4.2 ตรวจปัสสาวะ UA ปกติ ไม่ปกติ

4.3 ตรวจภูมิคุ้มกัน (แนบผลการตรวจทุก Lab)

กรณีตรวจเลือดเพิ่มเติมแล้วไม่พบภูมิคุ้มกัน ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน เพิ่มเติมดังนี้

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 การอ่านผลที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีน

- 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/นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ผลการฉีดวัคซีน

วัคซีน	ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว (แพทย์รับรองการฉีดวัคซีน)
5.1 วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี	
5.2 วัคซีนไวรัสสุกใส	
5.3 วัคซีนคางทูม หัด และหัดเยอรมัน	

หมายเหตุ

ข้อปฏิบัติการฉีดวัคซีน

1. ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 ครั้ง แล้วจึงตรวจหาภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี หลังจากได้ฉีดวัคซีน 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

ส่วนที่ 4 สรุปความเห็นและขอแนะนำของแพทย์

- เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย
- ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัย

เนื่องจาก.....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ให้ความเห็น

หมายเหตุ

ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง หรือ โรงพยาบาลเอกชน ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์ และให้นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ และใบที่ได้รับรองการฉีควัคซีน ตามรายการข้อที่ 5 (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ส่งผลใน ระบบภายในวันที่