



รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการรับบุคคลเข้าศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประจำปีการศึกษา 2567

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 ถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกการพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

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

นักเรียนที่เขารับการตรวจ

วันที่.....เดือน พศ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

1. การตรวจร่างกาย (แบบผลการตรวจ)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
ความดันโลหิต.....mm.Hg ชีพจร.....ครั้ง / นาที
ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
โรงพยาบาล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
แล้วเห็นว่าเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบจนไม่สามารถศึกษาได้ และไม่
ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค ดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อน
- วัณโรคในระยะอันตราย
- โรคติดยาเสพติดให้โทษ
- โรคพิษสุราเรื้อรัง
- โรคจิตต่าง ๆ
- โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
- กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง
- หูหนวก

2. ผลการเอกซเรย์ร่างกาย (เลขของ Chest X-ray)

.....
.....

3. ผลการตรวจ Audiogram (แบบผลการตรวจ)

.....
.....

4. ผลการตรวจการมองเห็น (แบบผลการตรวจ)

.....
.....

5. ผลการตรวจเพิ่มเติม (แบบผลการตรวจทุก Lab)

- 5.1 ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC ปกติ ไม่ปกติ
5.2 ตรวจปัสสาวะ UA ปกติ ไม่ปกติ
5.3 ตรวจภูมิคุ้มกัน

ผลตรวจภูมิคุ้มกัน	มี (Positive)	ไม่มี (Negative)
5.3.1 ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hbs Ag)		
5.3.2 ภูมิต้านทานการติดเชื้อไวรัสตับบี (Anti-Hbs)		
5.3.3 ตรวจหาภูมิไวรัสสุกใส (Varicella IgG)		
5.3.4 ตรวจหาภูมิไวรัสหัด (Measle IgG)		
5.3.5 ตรวจหาภูมิไวรัสหัดเยอรมัน (Rubella IgG)		
5.3.6 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/นางสาวเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ผลการฉีดวัคซีน

วัคซีน	ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว (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)