



รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ประจำปีการศึกษา 2569

โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้า (นายแพทย์/แพทย์หญิง).....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. พบว่า ดังนี้

- | | |
|--|--|
| 1. โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 2. โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| (1) โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ | |
| (2) โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ | |
| (3) โรคความดันโลหิตสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร | |
| (4) ภาวะไตวายเรื้อรัง | |
| 3. ผล Methamphetamine urine screen | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 4. ตาบอดสีข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 5. ความผิดปกติในการเห็นภาพ | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 6. ผลตรวจการได้ยิน โดย Audiogram | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 7. โรคความผิดปกติหรือความพิการอื่น ๆ | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 8. Chest X-ray | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |
| 9. EKG 12 leads | ☐ ไม่พบ ☐ พบ ระบุ..... |

สรุปความคิดเห็นของแพทย์

- ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
- ☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ลงนามแพทย์ผู้ตรวจ.....

(.....)

หมายเหตุ : 1. ให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน (ไม่รับพิจารณาผลการตรวจจากคลินิก)
2. แพทย์ตรวจร่างกายตามแบบรายงานการตรวจสุขภาพร่างกายนี้ และลงนามพร้อมทั้งประทับตราของโรงพยาบาล
ตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ
3. ส่งรายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย พร้อมแนบรายละเอียดผลการตรวจ ผ่านทาง admission.nu@crru.ac.th
โดยนำฉบับจริง มาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์ (สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 053-776-000 ต่อ 2151
ในวันและเวลาราชการ)