

แบบฟอร์มรายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย ผู้ผ่านการคัดเลือก  
เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ผู้เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

ชื่อ - สกุล  นาย  นาง  นางสาว.....

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

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ .....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมีโรค หรืออาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

<u>มี</u>	<u>ไม่มี</u>	<u>อธิบายรายละเอียด</u>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความพิการ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หอบหืด .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความดันโลหิตสูง .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	วัณโรคปอด .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคลมชัก .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคหัวใจ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคเบาหวาน .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หูหนวก หรือหูตึง .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ไส้เลื่อน .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ได้รับการผ่าตัด .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ติดสารเสพติดให้โทษ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ภูมิแพ้ / อาการแพ้ต่างๆ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	เชื้อไวรัสโคโรนา-19 (COVID-19) .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	อื่นๆ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าถ้ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการ  
ปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ ถอนสภาพจากความเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์  แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม .....

ได้ตรวจร่างกายของ  นาย  นาง  นางสาว .....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

น้ำหนัก ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร BMI = .....

ความดันโลหิต ..... mmHg. ชีพจร ..... ครั้ง/นาที หายใจ ..... ครั้ง/นาที

### สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ  ผิดปกติ

อธิบายรายละเอียด

ตาและการมองเห็น .....

การได้ยิน .....

การทำงานของปอด / การหายใจ .....

การทำงานของหัวใจ/ทรวงอก .....

ช่องท้อง .....

กระดูก / กระดูกสันหลัง .....

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ .....

ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย Chest X-ray  ปกติ  ผิดปกติ

ผลการตรวจ .....

### ผลการตรวจทางห้องทดลอง

Urine analysis (UA)  ปกติ  ผิดปกติ

ผลการตรวจ .....

การตรวจหาสารเสพติด (amphetamine) .....

Complete blood count (CBC)  ปกติ  ผิดปกติ

ผลการตรวจ .....

### สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเชียงใหม่

ไม่เหมาะสมที่จะศึกษาในมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเชียงใหม่ เนื่องจาก .....

(ลงนาม) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

โปรดประทับตราโรงพยาบาล

### หมายเหตุ

แบบฟอร์มสำหรับตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ ผู้เข้ารับกร  
รายงานตัว ต้องไปรับการตรวจร่างกาย จากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน หรือโรงพยาบาลที่อยู่  
ในสังกัดของมหาวิทยาลัย ทุกแห่ง โดยบันทึกผลการตรวจตามแบบฟอร์มที่มหาวิทยาลัยกำหนด โดยดำเนินการให้แล้วเสร็จก่อนวันรายงานตัว  
แบบฟอร์มนี้ ส่งพร้อมเอกสารการรายงานตัว ทั้งนี้ หากไม่มีการตรวจร่างกาย จะไม่มีสิทธิ์เข้ารับกรรายงานตัวเข้าศึกษาต่อใน  
มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตเชียงใหม่