

รายละเอียดการตรวจร่างกายสำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ปีการศึกษา 2565

1. ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และ พยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ)

- 1.1 ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Physical Examination)
- 1.2 ตรวจเลือด (CBC , VDRL , HIV , Blood group, Hbs Ag, Hbs Ab)
- 1.3 ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)
- 1.4 เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-Ray)

2. ผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรกายภาพบำบัด

- 2.1 ตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์ (Physical Examination)

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้สมัครเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย

1. ดาวน์โหลด “แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน” หรือ “แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยคริสเตียน” ตามที่ผู้สมัครประสงค์จะเข้าศึกษา
2. นำเอกสารฉบับนี้ และ แบบฟอร์มฯ ตามข้อ 1. ไปแสดงเพื่อตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
3. ผู้สมัครต้องตรวจร่างกายให้ครบถ้วนทุกรายการตามที่ระบุไว้
4. ผู้สมัครรอรับผลตรวจร่างกาย โดยในแบบฟอร์มฯข้อ 1. หรือ ใบรับรองแพทย์ของโรงพยาบาล ขอให้แพทย์ระบุผลการตรวจเลือด(ถ้ามี) ผลการตรวจปัสสาวะ(ถ้ามี) และผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอด(ถ้ามี) ตามรายการข้างต้นให้ครบทุกรายการ
5. ผู้สมัคร SCAN แบบฟอร์มฯและผลการตรวจร่างกายทุกแผ่น บันทึกรวมเป็นไฟล์ PDF ไฟล์เดียว ที่ประกอบด้วย
 - 5.1 “แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน” หรือ “แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยคริสเตียน” หรือ ใบรับรองแพทย์ที่แพทย์ระบุผลการตรวจครบทุกรายการ
 - 5.2 เฉพาะผู้สมัครหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และ พยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ) ต้อง SCAN ผลตรวจเลือดทุกรายการ (CBC , VDRL , HIV , Blood group, Hbs Ag, Hbs Ab) ผลตรวจปัสสาวะ (UA) และ ผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอดว่าปกติ/ไม่ปกติ ไม่ต้องส่งฟิล์มเอ็กซเรย์หรือแผ่นซีดีมา
 - 5.3 อัปโหลด ไฟล์เอกสารตามข้อ 5.1 และ 5.2 ที่ระบบรับสมัครเรียนออนไลน์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน



แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตร วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด

ส่วนที่ 1 ผู้สมัครเข้าศึกษากรอก

ชื่อ.....สกุล.....เลขที่ผู้สมัคร.....

โรคประจำตัว ไม่มี มี (ระบุ).....อุบัติเหตุและการผ่าตัด ไม่มี มี (ระบุ).....

ประวัติอื่นๆที่สำคัญ.....

ลงชื่อ.....วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์/แพทย์หญิง.....นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

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

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร BMI=..... กก/ม² BP.....mmHg. HR.....ครั้ง/นาที RR.....ครั้ง/นาที

สภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นคนวิกลจริต ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีความผิดปกติอื่นๆ หรือโรคอื่นใดที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์.....

.....
.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....) วันที่...../...../.....

ประทับตราโรงพยาบาล/สถานพยาบาล