

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



แบบฟอร์มตรวจร่างกายผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**ส่วนที่ 1 ผู้สมัครเข้าศึกษากรอก**

ชื่อ.....สกุล.....เลขที่ผู้สมัคร.....  
โรคประจำตัว  ไม่มี  มี(ระบุ)..... อุบัติเหตุและการผ่าตัด  ไม่มี  มี(ระบุ).....  
เคยรับการรักษาในรพ.  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./ม<sup>2</sup>  
ความดันโลหิต .....mmHg. ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ ..... ครั้ง/นาที  
สภาพทั่วไป อยู่ในเกณฑ์  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ).....  
ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย (Chest X-ray)  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ).....  
ผลตรวจปัสสาวะ Urine analysis (UA)  ปกติ  ผิดปกติ (ระบุ).....  
ผลตรวจเลือด CBC  ปกติ  ผิดปกติ(ระบุ).....Hb.....Hct.....Blood group.....  
Immunology & Serology  
Anti-HIV..... VDRL (TPHA)..... HBs-Ag..... Anti HBs.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรังในระยะติดต่อ หรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
4. ....

สรุปความเห็น และข้อเสนอแนะของแพทย์.....  
.....  
.....

(ลงชื่อ) .....แพทย์ผู้ตรวจ  
(.....)

โปรดประทับตราโรงพยาบาล