

รายงานผลการตรวจร่างกาย

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

ชื่อ-นามสกุล (นาย / นางสาว).....วัน /เดือน /ปี เกิด.....  
โรงเรียน.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....  
ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ.....

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....  
โรงพยาบาล.....ที่อยู่.....  
โทร.....

1. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... ค่าBMI..... หมูโลหิต.....ความดันโลหิต...../..... ซีพีจร..... การหายใจ.....

2. การตรวจเลือด

2.1 Fasting Blood Sugar ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....  
2.2 BUN ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....  
2.3 Creatinine ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....  
2.4 CBC ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

3. การเอ็กซเรย์ปอด

Chest X-rays : PA ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

4. การตรวจตา

ตาบอดสี ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

5. การตรวจปัสสาวะ

Urinary analysis (UA) ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

6. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....  
.....

ลงชื่อ .....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ