

รายงานผลการตรวจร่างกาย  
วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี 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.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... ค่าBMI..... หมู่โลหิต.....ความดันโลหิต...../..... ชีพจร..... การหายใจ.....

๒. การตรวจเลือด

๒.๑ Fasting Blood Sugar ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....  
๒.๒ BUN ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....  
๒.๓ Creatinine ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....  
๒.๔ CBC ( ) ปกติ ( ) ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๓. การเอ็กซเรย์ปอด

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

๔. การตรวจตา

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

๕. การตรวจปัสสาวะ

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

๖. สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์

.....  
.....

ลงชื่อ .....  
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....

หมายเหตุ โปรดประทับตราโรงพยาบาลบริเวณส่วนลงนามแพทย์ผู้ตรวจ