

รายงานผลการตรวจร่างกาย
วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

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...../..... ซีพีजर..... 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