

# รายงานผลการตรวจสุขภาพร่างกาย

ชื่อ - สกุล  นาย  นาง  นางสาว .....  
วัน - เดือน - ปีเกิด.....เลขประจำตัวประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ได้รับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....วัน-เดือน-ปี ที่เข้ารับการตรวจ.....

## 1. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก..... กิโลกรัม      ส่วนสูง..... เซนติเมตร      ค่าดัชนีมวลกาย (BMI).....  
ความดันโลหิต..... mm.Hg      ชีพจร..... ครั้ง : นาที

## 2. ผลการเอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray)

ปกติ       ผิดปกติ เนื่องจาก.....

## 3. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)

ปกติ       ผิดปกติ เนื่องจาก.....

## 4. ผลการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (Amphetamine)

ปกติ       ผิดปกติ เนื่องจาก.....

## 5. (เฉพาะเพศหญิง) ผลตรวจการตั้งครรภ์

ไม่พบการตั้งครรภ์       พบการตั้งครรภ์

## 6. ผลการตรวจร่างกาย หากพบอาการของโรคดังต่อไปนี้ โปรดระบุ หากไม่พบอาการใด ๆ โปรดระบุที่ช่อง "ปกติ"

ปกติ       ความพิการหรือทุพพลภาพ      โปรดระบุ.....  
 โรคภูมิแพ้รุนแรง (SLE)      โปรดระบุ.....  
 โรคจิตต่างๆ      โปรดระบุ.....  
 โรคคุชชิงหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ      โปรดระบุ.....  
 โรคหอบหืด       วันโรคปอด  
 โรคพิษสุราเรื้อรัง       โรคลมชัก, ลมบ้าหมู  
 ตัวเหลือง ตาเหลือง       ตาบอดสี  
 โรคหูหนวก, โรคอื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ยิน โปรดระบุอาการ.....  
 โรคอื่นๆ.....

## 7. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

ข้าพเจ้า.....ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่.....  
ออกให้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ตรวจร่างกายเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และขอรับรองว่าผลรายงานการตรวจ  
ร่างกายนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับการตรวจ

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตรา  
โรงพยาบาล

หมายเหตุ: ใบรายงานการตรวจสุขภาพที่สมบูรณ์ ผู้รับการตรวจสุขภาพ ต้องตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนเท่านั้น  
โดยจะต้องประทับตราโรงพยาบาลที่ตรวจ และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ