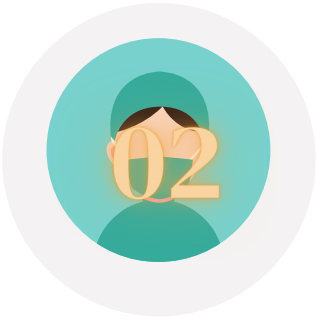


# หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย



ผู้ที่จะไปตรวจสุขภาพร่างกายโปรดไปพบเจ้าหน้าที่ของสถาน พยาบาลเช่น โรงพยาบาล ศิริราช ที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ห้อง 100 เวลา 7.30 – 8.30 น. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ ที่แผนกเวชระเบียน และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัด เชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ติดต่อประชาสัมพันธ์โดยตรง



เก็บอุจจาระจากบ้านในเช้าวันที่จะตรวจในภาชนะที่ได้รับจากสำนักงาน ก.พ. และนำไป โรงพยาบาล สำหรับปัสสาวะให้ไปถ่ายเพื่อตรวจ ณ สถานที่ตรวจ



ในการตรวจร่างกาย ขอให้สวมเสื้อหลวมๆ แขนสั้นผ่าหน้า สุภาพสตรีกรุณาใส่เสื้อและ กระโปรงคนละท่อน เพื่อสะดวกในการตรวจปอดและหัวใจ เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ และ ควรพร้อมที่จะให้ตรวจหน้าท้อง เพื่อคลำตับ ม้าม หรือก้อนทุม อื่นใดถ้ามีในช่องท้อง และ ไม่ควรสวมถุงเท้ายาวมาก เพราะจะทำให้ลำบากในการตรวจ



ในการตรวจร่างกายสุภาพสตรีทุกครั้ง จะมีพยาบาลหรือผู้ช่วยที่เป็นสตรีคอยช่วยเหลืออยู่ ด้วย เพื่อป้องกันข้อครหา

# หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย



ผู้ที่สอบรับทุนเล่าเรียนหลวง ทุนรัฐบาล หรือทุนอื่นใด คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาคัดเลือกแต่เฉพาะผู้ที่มีสุขภาพและอนามัยดีเยี่ยม อันจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือดูงาน ไม่เป็นภาระต่อเจ้าของทุนในการที่จะต้องให้การรักษายาบาลในต่างประเทศ เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และสามารถจะกลับมาประกอบวิชาชีพ หรือราชการได้เต็มที่



โรคที่คณะกรรมการแพทย์ฯ ไม่ผ่านให้หรือจะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ

- โรคเรื้อรังชนิดระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ
- มะเร็งในที่ใดที่หนึ่ง
- โรคไตที่พบไข่ขาวในปัสสาวะ และมี Creatinine สูง
- ความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มม.ปรอท เมื่อมี Albuminuria และ Creatinine สูง (หากไม่พบสิ่งเหล่านี้กรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาเป็นรายๆ ไป)
- โรคเลือดที่ร้ายแรง
- โรคเบาหวาน
- โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดอันตราย
- ตับหรือม้ามโตผิดปกติ
- โรคหืดที่เป็นอย่างรุนแรง และตรวจพบอาการแสดงชัดเจน
- โรคหัวใจชนิด Organic หรือที่มีอาการ หรือไม่ผ่านการทดสอบ
- Rheumatoid Arthritis
- ความพิการของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จะโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุตลอดจนการใช้ อวัยวะเทียมที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา จะได้แยกพิจารณาเป็นรายๆ ไป
- คอพอกเป็นพิษ
- วัณโรคปอดระยะ active และวัณโรคที่ส่วนอื่นๆ ของร่างกาย อาศัยหลักพิจารณาตาม Manual for Medical Examination of Aliens, U.S., DPT of Health, Education and Welfare ผู้ที่เคยสงสัยว่าเป็นวัณโรค ต้องนำประวัติการตรวจและรักษาจากแพทย์ผู้รักษา และ फिल्म X-ray แต่เดิมทั้งหมดมาให้พิจารณาด้วย ผู้ที่อาจจะได้รับการพิจารณาให้ผ่านได้จะต้องมี फिल्म X-ray ปอด (ขนาดใหญ่) ถ่ายทุก 3 เดือน และมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือ 12 เดือน ภายหลังที่ได้รับการรักษาโดยถูกต้อง และหยุดการรักษาแล้ว และควรมีผลการตรวจเสมหะไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง หรือการตรวจโดยวิธีอื่นๆ ด้วยถ้ามี
- โรคอื่นใดที่คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาและแจ้งให้ทราบเป็นคราวๆ ไป เมื่อตรวจพบ

# หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย



โรคที่ต้องรักษาให้หายเสียก่อน เช่น

- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่อยู่ในระยะติดต่อ (เช่น หนองใน ซิฟิลิส)
- ผลการตรวจโลหิต หาก VDRL ให้ผลบวกต้องได้รับการรักษาก่อน
- โรคทางจิตเวชตามการพิจารณาของจิตแพทย์
- บิด พยาธิปากขอ และพยาธิอื่นๆ
- โรคผิวหนังบางชนิด เช่น กลากบริเวณขาหนีบ หรือที่อื่นใด
- โรคอื่นๆ ให้อยู่ในดุลยพินิจของกรรมการแพทย์ฯ ผู้ตรวจที่จะพิจารณาว่าต้องรักษาให้หายเสียก่อน

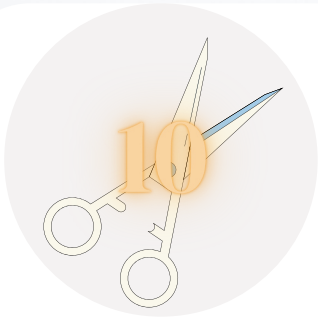


โรคและอาการเหล่านี้ให้ผ่าน และแจ้งให้ ก.พ. รับทราบด้วยว่าผู้สมัครมีอยู่

- โรคของหู เช่น หูน้ำหนวก ฯลฯ
- ตาบอดหรือเหล่ ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง
- หัวใจมี Ectopic Beats หรือ Paroxysmal Arrhythmia โดยไม่มี Organic Heart Disease
- ฟันผุยังไม่ได้ทำการรักษา
- ต่อมทอนซิลโต
- โรคจมูก หรือไซนัส



หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือบุตรคนแรกอายุยังไม่ครบ 6 เดือน โดยไม่มีสามีไปพร้อมกัน ด้วย แนะนำว่ายังไม่ควรไปต่างประเทศ



ระยะเวลาในการตรวจร่างกายใน 1 ปี

# หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสุขภาพทางจิตวิทยา

หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสุขภาพทางจิตวิทยาของผู้มีสิทธิได้รับทุน  
ที่ห้ามมิให้ไปศึกษาต่อต่างประเทศ ดังนี้



1. โรคหรือภาวะที่มีผลกระทบต่อเชาวน์ปัญญา (Intelligence) และการรู้คิด (Cognition)
2. โรคกลุ่มโรคจิต (Psychoses) ที่เป็นเรื้อรังหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา
3. โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder) ที่เป็นเรื้อรังหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา
4. โรคติดสารเสพติดและสุรา (Substance and Alcohol Dependence)
5. บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder) ในระดับรุนแรง
6. โรคที่เกี่ยวข้องความสามารถในการควบคุมแรงผลักดันของตนเอง เช่น โรคกามวิตถาร (Disorder of Sexual Preference หรือ Paraphilia) โรคชอบขโมย (Kleptomania) โรคติดการพนัน เป็นต้น
7. โรคหรือภาวะทางจิตอื่น ๆ ที่คณะกรรมการพิจารณาว่าอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาและการทำงานใช้ทุนในสาขานั้น ๆ

# รายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นสถานที่ตรวจสอบสุขภาพและอนามัยของนักเรียนทุนรัฐบาล ที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ให้การรับรอง



## สถานพยาบาลในการตรวจสอบสุขภาพกาย

1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
3. โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์
4. โรงพยาบาลศิริราช
5. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
6. โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
7. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
8. โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
9. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
10. โรงพยาบาลแม่สอด
11. โรงพยาบาลสุโขทัย
12. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
13. โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
14. โรงพยาบาลวิเชียรบุรี
15. โรงพยาบาลปทุมธานี
16. โรงพยาบาลศูนย์บริการการแพทย์นนทบุรี
17. โรงพยาบาลชลบุรี
18. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
19. โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
20. โรงพยาบาลศิครภูมิ จังหวัดสุรินทร์
21. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
22. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
23. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

## สถานพยาบาลในการตรวจสอบสุขภาพจิต



1. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี
3. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
4. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
5. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา
6. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
7. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม

รายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นสถานที่ตรวจสุขภาพและอนามัยของนักเรียนทุนรัฐบาล  
ที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ให้การรับรอง

สถานพยาบาลในการตรวจสุขภาพกายและจิต

1. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
2. โรงพยาบาลราชวิถี
3. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
5. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
6. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
7. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
8. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น





# แบบฟอร์มตรวจ ร่างกาย

ทาง ก.พ.กำหนดให้นักเรียนทุนและ  
ข้าราชการที่จะไปศึกษาวิชา ณ ต่างประเทศ  
จะต้องผ่านการตรวจสุขภาพอนามัยจาก  
คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

- แบบฟอร์มตรวจสุขภาพกาย
- แบบฟอร์มตรวจสุขภาพจิต



# วิธีการกรอกแบบฟอร์ม Medical Certificate / Mental Health Examination

กรอกเอกสารชุดนี้จำนวน 2 ชุด โดยกรอกเฉพาะบริเวณที่กำหนด ดังนี้

หน้า 1

MEDICAL CERTIFICATE

ชื่อคุณ.....

Place of Examination: .....

Date of Examination: .....

I certify that the above date I examined

Name: ..... Age: ..... Sex  M  F

Date of Birth: ..... Marital Status  M  S

Home Address: .....

I examined specifically for evidence of any of the following items:

A. **PHYSICAL HISTORY**

Have you ever in your life, including childhood, any of the following:-  

Yes	No	detailed information
---	---	Asthma .....
---	---	Hypertension .....
---	---	Hemoptysis .....
---	---	Heart diseases .....
---	---	Diabetes mellitus .....
---	---	Jaundice .....
---	---	Epilepsy .....
---	---	Edema .....
---	---	Otorrhea .....
---	---	Hernia .....
---	---	Hemorrhoid .....
---	---	Accidents .....
---	---	Fracture .....
---	---	Surgical operation.....
---	---	Alcohol consumption.....

Your L.M.P. ....

I certify that the above answers are true and complete, I am aware that any falsification or omission of fact result in my immediate discharge from the scholarship programme.

(.....) Examinee

1. ตีตรูปถ่าย

2. กรอกข้อมูลในบริเวณนี้เป็นภาษาอังกฤษ (ที่อยู่ ใช้ที่อยู่ติดต่อได้)

3. เซ็นชื่อ (ไทยหรืออังกฤษก็ได้) และลงชื่อกำกับเป็นภาษาอังกฤษ

หน้า 2, 3, 4 ไม่ต้องกรอก

4. กรอก ชื่อ-สกุล ด้วยตัวบรรจง เป็นภาษาอังกฤษ (ใส่คำนำหน้าชื่อด้วย)

หน้า 5

Mental Health Examination

Examinee's Name: Mr.

Date of Examination: .....

Summary of Results:

I hereby certify that the examinee has no current evidence of psychiatric disturbance that interfere with the ability to study.

(Signature).....

( Psychologist )

(Date).....

(Affiliation).....



**MEDICAL CERTIFICATE**



Place of Examination: .....

Date of Examination: .....

I certify that the above date I examined

Name:.....Age.....Sex  M  F

Date of Birth:.....Marital Status  M  S

Home Address: .....

.....

I examined specifically for evidence of any of the following items:

**A. MEDICAL HISTORY**

Have you ever in your life, including childhood, had any of the following:-

<u>Yes</u>	<u>No</u>		<u>detailed information</u>
----	----	Asthma	.....
----	----	Hypertension	.....
----	----	Hemoptysis	.....
----	----	Heart diseases	.....
----	----	Diabetes mellitus	.....
----	----	Jaundice	.....
----	----	Epilepsy	.....
----	----	Edema	.....
----	----	Otorrhea	.....
----	----	Hernia	.....
----	----	Hemorrhoid	.....
----	----	Accidents	.....
----	----	Fracture	.....
----	----	Surgical operation.....	.....
----	----	Alcohol consumption.....	.....

Your L.M.P. ....

I certify that the above answers are true and complete, I am aware that any falsification or omission of fact result in my immediate discharge from the scholarship programme.

.....  
(.....) Examinee

**B. PHYSICAL EXAMINATION**

(to be filled in by physician)

**HEIGHT** ..... **cm**  
**WEIGHT** ..... **kg**  
**BLOOD PRESSURE** ...../.....**mmHg**  
**PULSE RATE** ..... **per min**

	<b>Normal</b>	<b>Abnormal</b>	<b>Detected Abnormalities</b>
<b>GENERAL APPEARANCE</b>	_____	_____	.....
<b>SKIN</b>	_____	_____	.....
<b>SCALP</b>	_____	_____	.....
<b>LYMPH NODES</b>	_____	_____	.....
<b>EYES</b>			
<b>VISION -WITH GLASSES</b>			
<b>RIGHT EYE</b>	_____	_____	.....
<b>LEFT EYE</b>	_____	_____	.....
<b>COLOR BLINDNESS</b>	_____	_____	.....
<b>TRACHOMA</b>	_____	_____	.....
<b>EARS</b>	_____	_____	.....
<b>OTOSCOPIC EXAM.</b>	_____	_____	.....
<b>NOSE</b>	_____	_____	.....
<b>PHARYNX &amp; TONSILS</b>	_____	_____	.....
<b>TEETH</b>	_____	_____	.....
<b>THYROID GLAND</b>	_____	_____	.....
<b>LUNGS</b>	_____	_____	.....
<b>HEART</b>	_____	_____	.....
<b>ABDOMEN</b>	_____	_____	.....
<b>LIVER/SPLEEN</b>	_____	_____	.....
<b>HERNIA</b>	_____	_____	.....
<b>EXTERNAL GENITALIA</b>	_____	_____	.....
<b>ULCER</b>	_____	_____	.....
<b>ANUS</b>	_____	_____	.....
<b>SPINE</b>	_____	_____	.....
<b>LOCOMOTOR/SENSATION</b>	_____	_____	.....
<b>REFLEXES</b>	_____	_____	.....
<b>OTHERS</b>	.....	.....	.....

.....**Examiner**

**C. LABORATORY EXAMINATION**

**1. BLOOD EXAMINATION**

BLOOD GROUP .....  
HEMOGLOBIN ..... Gm%  
HEMATOCRIT ..... %  
BLOOD FILM  
MALARIA \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_POSITIVE  
MICROFILARIA \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_POSITIVE

(For clinical Suspected case only)

WBC ..... % CELLS/cu.mm.  
PMN ..... %  
LYMPH ..... %  
MONO ..... %  
EOS ..... %  
BASO ..... %  
OTHERS ..... %

**2. SEROLOGICAL TEST**

VDRL \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**3. URINE/URETHRAL EXAMINATION**

**URINALYSIS**

COLOR .....  
SP. GRAVITY .....  
pH .....  
SUGAR .....  
ALBUMIN .....  
BLOOD .....  
BACTERIA .....  
OTHERS .....

MICROSCOPIC EXAM. ....

**URINE PREGNANCY TEST**

(FOR FEMALE ONLY) \_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**URINE EMIT TEST (opiate, amphetamine, marijuana)**

\_\_\_\_\_NEGATIVE \_\_\_\_\_ POSITIVE

**URETHRAL DISCHARGE SWAB MICROSCOPIC EXAM.**

(FOR CLINICAL SUSPECTED CASE ONLY)

FINDINGS .....

**4. BIOCHEMICAL ANALYSIS**

CREATININE .....  
FBS .....  
CHOLESTEROL .....  
TRIGLYCERIDE .....

**5. STOOL EXAMINATION**

**PARASITES**

E. HISTOLYTICA      \_\_\_\_NEGATIVE      \_\_\_\_ POSITIVE  
OTHERS .....

**6. CHEST X-RAY**

FINDINGS .....  
.....

**7. OTHER EXAMINATION**

(SUGGESTED BY CLINICAL EXAM PHYSICIAN)

.....  
.....  
.....



PLACE OF EXAMINATION: .....

DATE OF EXAMINATION: .....

EXAMINER'S NAME : .....

EXAMINEE'S NAME .....

I hereby certify that the examinee is

\_\_\_\_\_ physically ready for study abroad.

\_\_\_\_\_ physically not ready for study abroad.

.....  
SIGNATURE OF MEDICAL  
COMMITTEE

.....  
TITLE

.....  
DATE

## Mental Health Examination

**Examinee's Name:** .....

**Date of Examination:** .....

**Summary of Results:**

I hereby certify that the examinee has no current evidence of psychiatric disturbance that interferes with the ability to study.

(Signature).....

( )

**Psychologist**

(Date).....

(Affiliation).....