



โบสถ์มิตร โรงเรียนฝึกรบธรรมสร้างสาวก
ที่เน้นการทำพันธกิจกับเด็กในกลุ่มเสี่ยง

แบบฟอร์มตรวจและประเมินสุขภาพ (เอกสารลับ)

สำหรับนักเรียน: ขอความกรุณาในการกรอกข้อมูลต่างๆ โดยให้แพทย์กรอกข้อมูลผลการตรวจเป็นจริงและอย่างสมบูรณ์ แบบฟอร์มตรวจสุขภาพจะแยกจากผลการเรียน และจะถูกจัดเก็บอย่างเป็นความลับ ผู้ติดตามที่มีอายุ 16 ปีหรือมากกว่า จะต้องทำการตรวจสุขภาพและส่งใบตรวจนี้เช่นกัน

1. โรงเรียนที่ต้องการเข้าร่วมคือ

วันที่จะเริ่มเรียน

2. ข้อมูลส่วนตัว

นาย นาง นางสาว

นามสกุล

ชื่อ

3. ประวัติส่วนตัว — ขอความกรุณาในการกรอกข้อมูลตอบคำถามด้านล่าง

หากข้อใดตอบว่า เป็น กรุณากรอกความเห็นในช่องว่างที่กำหนดให้
คุณมีหรือเคยมีอาการที่ระบุด้านล่างหรือไม่

	เป็น	ไม่เป็น
พฤติกรรมกรากินที่ผิดปกติ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปัญหาที่ตา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปัญหาที่หู.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
บาดเจ็บที่ศีรษะ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาการปวดหัวเรื้อรัง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคลมบ้าหมู.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หน้ามืดเป็นลม.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อ่อนเพลีย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อัมพาต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาการนอนไม่หลับ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

มีอาการแพ้:

ยาปฏิชีวนะ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซัลโฟนาไมด์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาหารอื่นๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ใช้ละอองฟาง/โรคหืด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สภาพผิว (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หายใจถี่.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปัญหาโรคหัวใจ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ภาวะโลหิตจาง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความดันโลหิตสูง/ต่ำ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไขข้ออักเสบ/โรคปวดข้อ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปัญหาที่หลัง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การเคลื่อนที่ของข้อต่อ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กระดูกหัก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ศัลยกรรม.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ศัลยกรรมตัดไส้ติ่ง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตัดทอนซิล.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตัดแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่นๆ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เอชไอวี/เอดส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตับอักเสบ เอ บี หรือ ซี(โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
แผลในกระเพาะอาหารลำไส้.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคตีชาน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปัญหาเกี่ยวกับลำไส้.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคอุจจาระร่วงต่อเนื่อง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อาการท้องผูก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เบาหวาน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กามโรค.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เนื้องอก/มะเร็ง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
รับคำปรึกษาจากแพทย์ (โปรดระบุ).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

สำหรับสตรีเท่านั้น

ประจำเดือนมาไม่ปกติ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ปวดท้องประจำเดือนมาก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ประจำเดือนมาผิดปกติ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตั้งครรภ์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากตอบว่า เป็น โปรดระบุรายละเอียดและอาการด้านล่าง

4. ผิดปกติทางจิต / ประสาท

คุณเคยมีความผิดปกติทางจิตหรือประสาทชนิดใดชนิดหนึ่งหรือไม่
(ตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ฯลฯ)

เคย ไม่เคย

หากเคย คุณเคยได้รับการรักษาหรือคำปรึกษาหรือไม่ โปรดระบุ

5. ประวัติการรักษา

หากคุณกำลังอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ โปรดระบุอาการและโรคที่เป็น

คุณได้รับ/หรือเคยได้รับเงินค่าทดแทนคนพิการหรือไม่

เคย

ไม่เคย

โปรดระบุ

6. โรคติดต่อ

คุณเคยมีอาการที่ระบุไว้ด้านล่างหรือไม่:

	เคย	ไม่เคย
โรคอีสุกอีใส.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัด (โรคหัดเยอรมัน).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคคางทูม.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคกรน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ไข้ดำแดง.....

วัณโรค.....

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

7. ประวัติครอบครัว

ญาติของคุณเคยมีอาการที่ระบุไว้ด้านล่างหรือไม่

	เคย	ไม่เคย
โรคปวดข้อ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหืด/ ไข้ละอองฟาง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
มะเร็ง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เบาหวาน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคลมบ้าหมู/ชัก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัวใจ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เอชไอวี/เอดส์.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคไต.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จิตเภท.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคกระเพาะ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การประเมินของแพทย์

สำหรับแพทย์: ผู้สมัครมีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อที่โรงเรียนนาย
แวมประเทศไทย จึงขอความกรุณาแพทย์ช่วยตรวจและกรอกข้อมูล สុพ
ภาพของผู้ยื่นคำขอ แบบฟอร์มนี้เป็นเอกสารลับ

1. การตรวจประเมินสุขภาพร่างกาย

ส่วนสูง (ซม)

น้ำหนัก (กก)

ความดันโลหิต

การได้ยิน: ด้านขวา

ด้านซ้าย

การมองเห็น (เดิม): ด้านขวา

ด้านซ้าย

การมองเห็น (แก้): ด้านขวา

ด้านซ้าย

2. มีความผิดปกติในระบบที่ระบุด้านล่างหรือไม่

	มี	ไม่มี
หัว หู จมูก คอ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ตา.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฟัน.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบบประสาท.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคหัวใจและหลอดเลือด.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบบทางเดินหายใจ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ลำตัวและหลัง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบบการย่อย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ต่อมไทรอยด์ (ไทรอยด์).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ผิวหนัง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ระบบสืบสาวะและเพศ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หากตอบว่า มี โปรดระบุรายละเอียดและอาการด้านล่างหรือใน
กระดาษใหม่

3. ผู้ยื่นคำขอมีความผิดปกติทางจิต / ประสาทหรือไม่

4. ผู้ยื่นคำขอมีความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจที่จะมีผลกระทบต่อ ทางการศึกษาหรือการทำงานออกพื้นที่ในและนอกประเทศ หรือไม่

5. คำแนะนำของแพทย์สำหรับการติดตามดูอาการ

กรุณาแนบกระดาษ/เอกสารตามความจำเป็น

6. คำแนะนำแพทย์ (ใส่เครื่องหมาย X)

- ยอมรับโดยไม่มีข้อจำกัด
- ยอมรับโดยมีข้อจำกัด(โปรดระบุ)
- ไม่เป็นที่ยอมรับ
- ควรจะอยู่ใต้การดูแลรักษาของแพทย์

7. ประวัติการฉีด/ได้รับวัคซีน

	วันที่	วันที่
ไทฟอยด์	_____	อหิวาตกโรค _____
โปลิโอ	_____	โรคไอกรน _____
โรคหัดเยอรมัน	_____	โรคคอตีบ _____
โรคคางทูม	_____	ไข้เหลือง _____
BCG	_____	โรคตับอักเสบบี _____
โรคบาดทะยัก	_____	โรคตับอักเสบบี ปี _____

8. ชื่อแพทย์ วันที่:

ที่อยู่/ตราประทับ

เซ็นชื่อ