



แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพครูโรงเรียนคริสเตียนนานาชาติเชียงราย
Chiang Rai International Christian School PHYSICAL EXAMINATION FORM

Email nurse@crics.asia for any questions

สอบถามเพิ่มเติมอีเมล์ nurse@crics.asia

Teacher's Name (Please Print): _____

ชื่อครูผู้ตรวจ

Age: _____
อายุ

Date Of Birth: ____ / ____ / ____
วันเกิด MONTH เดือน DAY วัน YEAR ปี

To be completed by healthcare professional:

ตรวจสุขภาพและกรอกข้อมูลโดยแพทย์ผู้ชำนาญการ

Height: _____ Weight: _____ BP: ____ / ____ Resting Pulse: _____ Respiration: _____ Temp: _____
ส่วนสูง น้ำหนัก ความดันโลหิต ที่พจร การหายใจ อุณหภูมิร่างกาย

Vision: R 20/ ____ L 20/ ____ Glasses: Y/N

การมองเห็น ตาขวา ตาซ้าย สวมแว่น

AREA ด้าน	COMMENTS ความเห็นแพทย์	INITIALS ตรวจเช็ค	AREA ด้าน	COMMENTS ความเห็นแพทย์	INITIALS ตรวจเช็ค
HENT ศีรษะ ตา จมูก คอ Head & Scalp ศีรษะและหนังศีรษะ Eyes, Ears, Nose ตา หู จมูก Mouth/gums/Throat ช่องปาก เหงือก ลำคอ Tonsils & Adenoids ต่อมทอนซิล ต่อมอดีนอยด์ Thyroid ต่อมไทรอยด์			Musculoskeletal กล้ามเนื้อและกระดูก Spine: Posture กระดูกสันหลัง: การทรงตัว Shoulders หัวไหล่ Lower arm hand & fingers แขนส่วนล่างและนิ้วมือ Knees, ankles, feet เข่า ข้อเท้า เท้า		
Chest/Lungs หน้าอก/ปอด			Skin ผิวหนัง Rash, moles, scars ผื่น ฝ้า รอยแผลเป็น Eczema โรคผิวหนัง		
Cardiovascular ระบบหัวใจและหลอดเลือด Heart Rate อัตราการเต้น Rhythm จังหวะการเต้น Murmurs เสียงเต้น			Central Nervous System ระบบประสาทส่วนกลาง Pupil Response การตอบสนองของม่านตา Reflexes ภาพสะท้อน Coordination การทำงานประสานกัน		
Abdomen ท้อง ช่องท้อง Tenderness or Masses ปกติ หรือ แข็งเกร็ง Hernia ไส้เลื่อน Organs อวัยวะภายใน			Other issues or COMMENTS: ปัญหาอื่นๆที่พบ หรือ ความเห็นเพิ่มเติม		

CLEARANCE: THIS SECTION MUST BE COMPLETED, SIGNED, AND STAMPED BY THE ATTENDING PRACTITIONER

หมายเหตุ: ข้อมูลส่วนนี้กรอก เซ็นต์ และประทับโดยแพทย์ผู้ทำการตรวจสุขภาพ

The assignment may require frequent stair climbing and walking at an incline. Does this patient have any physical conditions or limitations which would prevent him/her from climbing stairs or walking moderate distance on an incline? Yes ___ No ___ If yes, please describe: _____

การทำงานต้องขึ้นลงบันไดและเดินบนที่เอียงบ่อยๆ บุคคลผู้นี้มีข้อจำกัดด้านสุขภาพที่แพทย์ป้องกันไม่让他ขึ้นบันไดหรือเดินบนที่เอียงในระยะสั้นปานกลางหรือไม่ หากใช่ กรุณาอธิบาย

Do you recommend this person for this overseas assignment? Yes ___ No ___ (N/A if already living in Thailand)

แพทย์แนะนำบุคคลนี้ให้ทำงานในต่างประเทศนี้หรือไม่ (ถ้าอยู่ในประเทศไทยแล้วไม่จำเป็นต้องตอบคำถามนี้)

Comments: _____

ความเห็น

PRINTED NAME OF PRACTITIONER: _____

ชื่อแพทย์ตัวบรรจง

SIGNATURE OF PRACTITIONER: _____ **DATE OF EXAM:** _____

ลายเซ็นแพทย์

วันที่ตรวจ