

**คำแนะนำสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะไปรับการตรวจสุขภาพอนามัย
จากคณะกรรมการแพทย์ ของ ก.พ. เพื่อไปศึกษาต่างประเทศ**

นักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะขอรับการตรวจสุขภาพและอนามัย ให้ขอหนังสือส่งตัวจาก
สำนักงาน ก.พ. หรือส่วนราชการเจ้าสังกัด เพื่อไปรับการตรวจสุขภาพและอนามัยจากสถานพยาบาล คือ
โรงพยาบาลศิริราช และ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ หรือโรงพยาบาล-
ศรีธัญญา หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 เป็นต้นไป

สถานที่และเวลาตรวจ	รายการที่ตรวจ	ค่าธรรมเนียม	หมายเหตุ
<p>1. โรงพยาบาลศิริราช ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ห้อง 100 (แจ้งว่ามาตรวจ สุขภาพทุน ก.พ. รหัส 1111) เวลา 7.30-8.30น โทร. 0 2419 8340 (เพื่อความสะดวกที่จะได้รับการ ตรวจครบในคราวเดียวควรเข้ารับ การตรวจในวันจันทร์ พุธ หรือศุกร์)</p>	<p>1. ตรวจสุขภาพร่างกาย 1.1 ตรวจเลือด 1.2. ตรวจปัสสาวะ 1.3. ตรวจอุจจาระ 1.4 เอกซเรย์ทรวงอก 1.5 ตรวจตา หู คอ จมูก 1.6 ตรวจร่างกาย</p>	<p>● ชำระค่าธรรมเนียม การตรวจสุขภาพร่างกาย ณ โรงพยาบาลศิริราช ในอัตรา 1,700 บาท (หนึ่งพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - งดอาหารและเครื่องดื่ม หลัง 20.00 น. คืนก่อน วันตรวจเลือด (ดื่มได้ เฉพาะน้ำเปล่า) - เมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว นักเรียนจะได้รับผล การตรวจจากศิริราช- พยาบาล ภายใน 2 วัน ทำการ - กรณีที่แพทย์กำหนดให้ ตรวจเพิ่มเติม อาจจะต้อง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม
<p>2. บริการตรวจทางจิตวิทยา ติดต่อขอรับการตรวจจากสถาน- พยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยาตึก 100ปี (บริการเฉพาะวันศุกร์) เวลา 13.30-16.30 น. โปรดไป ตั้งแต่เวลา 12.30 น. โทร. 0 2437 0200-8 ต่อ 4208 ● โรงพยาบาลศรีธัญญา ถ.ติวานนท์ จ.นนทบุรี (บริการเฉพาะวันพุธ) เวลา 13.30 -16.30 น. โทร. 0 2525 0981-5 ต่อ 1627 ● สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ถ.พุทธมณฑลสาย 4 เขตทวีวัฒนา กทม. (บริการเฉพาะวันพฤหัสบดี) โทร. 0 2889 9066-7 ต่อ 1308 	<p>2. ตรวจทางจิตวิทยา</p>	<p>● ชำระค่าธรรมเนียมการ ตรวจทางจิตวิทยา ในอัตรา 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ควรนัดหมายการตรวจ ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน และเมื่อได้รับการนัดหมาย แล้วไม่ควรยกเลิก แต่หาก มีความจำเป็นอย่างยั้งต้อง แจ้งล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ เพื่อสถานพยาบาลจะได้นัด หมายผู้อื่นแทน ● การตรวจทางจิตวิทยา เมื่อทำการตรวจแล้ว สถาน พยาบาลจะจัดส่งผล ตรวจไปให้ สำนักงาน ก.พ โดยตรงต่อไป
<p>3. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์- เฉลิมพระเกียรติ (ต.คลอง 1 อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี) แผนก เวชระเบียน โทร. 0 2926 9879-81 0 2926 9864</p>	<p>3. ตรวจสุขภาพร่างกาย (ตรวจตามรายการข้อ 1.1-1.6) และตรวจทางจิตวิทยา</p>	<p>*ค่าตรวจสุขภาพ ทั้งร่างกายและทาง จิตวิทยา รวมในอัตรา 2,000 บาท</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● งดอาหารและเครื่องดื่ม หลัง 20.00 น. คืนก่อน ตรวจเลือด และขอรับผล ตรวจสุขภาพจาก โรงพยาบาลเพื่อนำส่ง สำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง

หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย

1. ผู้ที่ไปตรวจสุขภาพร่างกายโปรดไปพบเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศิริราช ที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ห้อง 100 เวลา 7.30 – 8.30 น. หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่แผนกเวชระเบียน (สำหรับส่วนภูมิภาคโปรดติดต่อกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา โดยตรง)
2. เก็บอุจจาระจากบ้านในเช้าวันที่จะตรวจในภาชนะที่ได้รับจากสำนักงาน ก.พ. และนำไปโรงพยาบาลสำหรับปัสสาวะให้ไปถ่ายเพื่อตรวจ ณ สถานที่ตรวจ
3. ในการตรวจร่างกาย ขอให้สวมเสื้อหลวมๆ แขนสั้นผ่าหน้า สุภาพสตรีกรุณาใส่เสื้อและกระโปรงคนละท่อน เพื่อสะดวกในการตรวจปอดและหัวใจ เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ และควรพร้อมที่จะให้ตรวจหน้าท้องเพื่อคลำตับ ม้าม หรือก้อนท่อนอื่นใดถ้ามีในช่องท้อง และไม่ควรสวมถุงเท้ายาวมาก เพราะจะทำให้ลำบากในการตรวจ
4. ในการตรวจร่างกายสุขภาพสตรีทุกครั้ง จะมีพยาบาลหรือผู้ช่วยที่เป็นสตรีคอยช่วยเหลืออยู่ด้วย เพื่อป้องกันข้อครหา
5. ผู้ที่สอบรับทุนเล่าเรียนหลวง ทุนรัฐบาล หรือทุนอื่นใด คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาคัดเลือก แต่เฉพาะผู้ที่มีสุขภาพและอนามัยดีเยี่ยม อันจะไม่นับอุปสรรคต่อการศึกษาหรือดูงาน ไม่เป็นภาระต่อเจ้าของทุนในการที่จะต้องให้การรักษายาบาลในต่างประเทศ เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และสามารถจะกลับมาประกอบวิชาชีพ หรือราชการได้เต็มที่
6. โรคที่คณะกรรมการแพทย์ฯ ไม่ผ่านให้หรือจะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ
 - โรคเรื้อนชนิดระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ
 - มะเร็งในไตที่หนึ่ง
 - 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 จะโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุตลอดจนการใช้ยาพิษที่เกี่ยวจะ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา จะได้แยกพิจารณาเป็นรายๆ ไป
 - คอพอกเป็นพิษ

- วัณโรคปอดระยะ active และวัณโรคที่ส่วนอื่นๆ ของร่างกาย อาศัยหลักพิจารณาตาม Manual for Medical Examination of Aliens, U.S., DPT of Health, Education and Welfare ผู้ที่เคยสงสัยว่าเป็นวัณโรค ต้องนำประวัติการตรวจและรักษาจากแพทย์ผู้รักษา และฟิล์ม X-ray แต่เดิมทั้งหมดมาให้พิจารณาด้วย ผู้ที่อาจจะได้รับการพิจารณาให้ผ่านได้จะต้องมีฟิล์ม X-ray ปอด (ขนาดใหญ่) ถ่ายทุก 3 เดือน และมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือ 12 เดือน ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาโดยถูกต้อง และหยุดการรักษาแล้ว และควรมีผลการตรวจเสมหะไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง หรือการตรวจโดยวิธีอื่นๆ ด้วยถ้ามี
 - โรคอื่นใดที่คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาและแจ้งให้ทราบเป็นคราวๆ ไป เมื่อตรวจพบ
7. โรคที่ต้องรักษาให้หายเสียก่อน เช่น
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่อยู่ในระยะติดต่อ (เช่น หนองใน ซิฟิลิส)
 - ผลการตรวจโลหิต หาก VDRL ให้ผลบวกต้องได้รับการรักษาก่อน
 - โรคทางจิตเวชตามการพิจารณาของจิตแพทย์
 - บิด พยาธิปากขอ และพยาธิอื่นๆ
 - โรคผิวหนังบางชนิด เช่น กลากบริเวณขาหนีบ หรือที่อื่นใด
 - โรคอื่นๆ ให้อยู่ในดุลยพินิจของกรรมการแพทย์ฯ ผู้ตรวจที่จะพิจารณาว่าต้องรักษาให้หายเสียก่อนหรือไม่ หรือจะต้องนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมของคณะกรรมการแพทย์ฯ
8. โรคและอาการเหล่านี้ให้ผ่าน และแจ้งให้ ก.พ. รับทราบด้วยว่าผู้สมัครมีอยู่
- โรคของหู เช่น หูน้ำหนวก ฯลฯ
 - ตาบอดหรือเหล่ ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง
 - หัวใจมี ectopic beats หรือ paroxysmal arrhythmia โดยไม่มี organic heart disease
 - ฟันผุยังไม่ได้ทำการรักษา
 - ต่อมทอนซิลโต
 - โรคจุกหรือไชนัส
9. หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือบุตรคนแรกอายุยังไม่ครบ 6 เดือน โดยไม่มีสามีไปพร้อมกันด้วย แนะนำว่ายังไม่ควรไปต่างประเทศ
10. ระยะเวลาในการตรวจซ้ำภายใน 1 ปี

หมายเหตุ แก้ไขเพิ่มเติมเดือนพฤษภาคม 2551

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**

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

.....**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).....

