

## ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

ชื่อ-สกุล.....

วันเดือนปีเกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี เพศ  หญิง  ชาย นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่.....  แพทย์ประจำบ้าน  แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

1. โรคประจำตัว (physical / psychological) และ การรักษาพยาบาล.....
2. ประวัติการเจ็บป่วยรุนแรง/ที่ต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล .....
3. ประวัติการแพ้ยาและอาหาร.....
4. ผลการตรวจทางเคมี (วตป.ที่ตรวจ ..../...../.....) (แนบผลการตรวจ)
  - a) CBC .....
  - b) UA .....
  - c) BUN/Cr .....
  - d) LFT SGOT..... SGPT..... Alk phos.....
5. ผลการตรวจคัดกรองวัณโรค
  - เอ็กซเรย์ปอด (วตป.ที่ตรวจ ..../...../.....) ผลตรวจ .....(\* แนบผลการอ่านฟิล์ม)
6. ผลการตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ \*\* (กรุณานแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค)\*\*\*

การตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ	การตรวจภูมิคุ้มกันโรค			
	วตป. ที่ตรวจ	ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค	ผลการตรวจ	
Hepatitis B virus		HBsAg	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
		Anti-HBs Ab	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Measles		Measles IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Mumps		Mumps IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Rubella		Rubella IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Varicella		Varicella IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
		ประวัติเคยเป็นสุกใส วตป. ..../...../.....		

7. ประวัติการฉีดวัคซีน
  - a) Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis) วตป.ที่ฉีด ...../...../.....
  - b) Influenza วตป.ที่ฉีด ...../...../.....
  - c) COVID – 19 วตป.ที่ฉีด ...../...../.....

ขอรับรองว่าประวัติและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

วตป...../...../.....

หมายเหตุ: \* การตรวจผลเลือดและเอ็กซเรย์ กรุณานแนบผลการตรวจเลือด และผลการอ่านฟิล์ม

\*\* การตรวจภูมิคุ้มกันโรค กรุณานแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคที่ตรวจ ภายในระยะเวลา 1 ปี