



งานการเงิน
ที่ 623/66
วันที่ ๕.๒ พ.ค. 2555

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
รับที่ 2324
วันที่ ๕.๒ พ.ค. ๒๕๕๕
เวลา 15:19 น.

ที่ นร ๑๐๑๘.๕/๕๓๘

สำนักงาน ก.พ.

ถนนพิษณุโลก กทม. ๑๐๓๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง การเพิ่มรายชื่อสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.กำหนด

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๑๓.๘.๕/ว ๑๗ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

กองบริหารงานบุคคล	
รับที่.....	174
วันที่.....	- 8 พ.ค. 2555
เวลา.....	10.03 น.

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อสถานพยาบาลเพิ่มเติมตามที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.กำหนด
และรายละเอียดการตรวจ จำนวน ๖ หน้า

๒. แบบฟอร์ม Medical Certificate จำนวน ๕ หน้า

ตามหนังสือที่อ้างถึงกำหนดให้นักเรียนทุนและข้าราชการที่จะไปศึกษาวิชา ณ ต่างประเทศ
จะต้องผ่านการตรวจสอบสุขภาพอนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. และคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้
กำหนดสถานพยาบาลที่ทำการตรวจสอบสุขภาพอนามัย หลักเกณฑ์ ข้อพึงทราบในการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย
แบบฟอร์ม ค่าตรวจร่างกาย ฯลฯ แล้ว นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้มีมติรับทราบการเพิ่มรายชื่อสถานพยาบาล เพื่อเป็น
ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น จำนวน ๗ แห่ง (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ดังนี้

๑. ตรวจสอบสุขภาพ

- ๑.๑ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ๑.๒ โรงพยาบาลศิริพยาบาล
- ๑.๓ โรงพยาบาลรามธิบดี

๒. ตรวจสอบสุขภาพและตรวจด้านจิตวิทยา

- ๒.๑ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ๒.๒ โรงพยาบาลราชวิถี
- ๒.๓ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดนครนายก
- ๒.๔ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ ได้แนบแบบฟอร์มการตรวจสุขภาพ (Medical Certificate) จำนวน ๕ แผ่น (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) มาพร้อมนี้ โดยสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้จากเว็บไซต์ของสำนักงาน ก.พ ที่ www.ocsc.go.th เลือกหัวข้อ → ศึกษาต่อต่างประเทศ → แบบฟอร์มต่าง ๆ → คำแนะนำการตรวจสุขภาพอนามัย → Medical Certificate

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๕๕ ด้วย จะขอบคุณยิ่ง ทั้งนี้ ได้แจ้งให้กรมและจังหวัดทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

เห็นสมควรให้
1. ...
2. ...
3. ...

นายมนตรี กาญจนะจิตรา
(นายมนตรี กาญจนะจิตรา)
เลขาธิการ ก.พ.

23 มี.ย. 2555

ศูนย์จัดการศึกษาในต่างประเทศและบริหารความรู้

โทร. ๐ ๒๒๘๑ ๙๔๕๓

โทรสาร ๐ ๒๒๒๘ ๖๒๐๒

1. ...
2. ...

รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

- ...

1. ...
2. ...

9/11/55
8 พ.ย. 55

2 พ.ค. 55

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลคู่สุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และเวลาตรวจ	อัตราค่าตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจตามจิตวิทยา
1	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม 10330 โทร. 0 2256 5418	ตึก ภปร.2 เวชศาสตร์ เวลา 08.00 - 14.30 น.	1,730 บาท รวมค่า Lab (ขอให้ส่งตรวจอาหารก่อนตรวจ อย่างน้อย 8 ชม. จิบน้ำเปล่าได้)	ไม่มีบริการ
2	โรงพยาบาลศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์- ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร	681 ถ.สามเสน เขตดุสิต กทม. 10300 โทร. 0 2244 3662 แจ้งว่ามาตรวจสุขภาพพจน ก.พ. เพื่อความสะดวกให้โทรนัด ประสานวันเข้าตรวจล่วงหน้าได้	กลุ่มงานผู้ป่วยนอก (รหัส 192000) ห้อง 227 ชั้น 2 ตึกอำนวยการ เวลา 08.00 น. - 09.00 น.	1,700 บาท รายการที่ตรวจ 1. ตรวจเลือด 2. ตรวจปัสสาวะ 3. ตรวจอุจจาระ 4. เอกซเรย์ทรวงอก 5. ตรวจตา ฟู คอ จมูก 6. ตรวจร่างกาย	ไม่มีบริการ

หมายเหตุ - งดอาหารและน้ำ หลัง 20.00 น. คืนก่อนวันตรวจเลือด (ดื่มได้เฉพาะน้ำเปล่า)

- เมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว นักเรียนจะได้รับผลการตรวจจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ภายใน 2 วันทำการ
- กรณีที่แพทย์กำหนดให้ตรวจเพิ่มเติม อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
3	โรงพยาบาลรามคำแหง	270 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม 10400 โทร. 0 2201 1063 www.ra.mahidol.ac.th	ศูนย์ตรวจสุขภาพ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ชั้น 4 หมายเหตุ สำหรับการตรวจด้านจิตวิทยา ทางโรงพยาบาลรามคำแหง ยังไม่เปิดบริการ	<u>รายการที่ตรวจ</u> 1. ตรวจสุขภาพร่างกายโดยแพทย์ 500 บาท 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2.1 ตรวจกรุ๊ปเลือด (Blood Group) 250 บาท 2.2 ตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (CBC) 110 บาท 2.3 ตรวจโรคซีฟิลิส (VDRL) 60 บาท 2.4 ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) 120 บาท 2.5 ตรวจอุจจาระ (Stool examination) 100 บาท 2.6 การทำงานของไต (Creatinine) 70 บาท 2.7 น้ำตาลในเลือด (FBS) 60 บาท 2.8 คอเลสเตอรอล (Cholesterol) 70 บาท 2.9 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) 90 บาท 2.10 เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray) 100 บาท 2.11 ค่าตรวจการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test) 50 บาท	

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบภาพอนามัยของคณะกรรมการการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และเวลาตรวจ	อัตราค่าตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจด้านจิตวิทยา
	หมายเหตุ เสนอพิจารณาลดราคาค่าบริการทางการแพทย์ จาก 250 บาท เป็น 50 บาท จะเหลือค่าใช้จ่าย นักศึกษาชาย 2,150 บาท นักศึกษาหญิง 2,200 บาท			3. ค่าบริการทางการแพทย์ ที่อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ รวมค่าใช้จ่าย นักศึกษาชาย 250 บาท รวมค่าใช้จ่าย นักศึกษาชาย 2,350 บาท รวมค่าใช้จ่าย นักศึกษาหญิง 2,400 บาท	
4	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมการแพทย์ทหารบก โดยความร่วมมือกับ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	315 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม 10400 โทร. 0 2354 7600 ต่อ 90323 www.pmk.ac.th	อาคารเฉลิมพระบารมี ชั้น 2 ห้องตรวจโรคซ้ำราชการ/ ครอบครัวไปต่างประเทศ	1,700 บาท <u>รายการที่ตรวจ</u> 1. ตรวจเลือด 2. ตรวจปัสสาวะ 3. ตรวจอุจจาระ 4. เอกซเรย์ทรวงอก 5. ตรวจตา หู คอ จมูก 6. ตรวจร่างกายทั่วไป 7. อื่นๆ ตามที่สถาน การศึกษากำหนด (ตามอัตรา โรงพยาบาลกำหนด)	300 บาท

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบคุณภาพอนามัยของคณะกรรมการการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และเวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
5	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือกับ วิทยาลัยแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยรังสิต	2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400 โทร. 0 2354 8108 www.rajavithi.go.th	<p>ตีผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ห้องตรวจโรคทั่วไป เวลา 08.00 - 15.00 น. และคลินิกนอกเวลา เวลา 06.30 - 08.00 น. วันจันทร์ - วันศุกร์</p> <p>-ก่อนมาตรวจต้องงดน้ำและ อาหาร 8-10 ชม. ก่อนเจาะเลือด -รายการตรวจสุขภาพอาจมี การตรวจเพิ่มเติมขึ้นอยู่กับ ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจ -ราคาค่าตรวจอาจมีการ เปลี่ยนแปลงได้ตามระเบียบ ของกระทรวงการคลัง</p>	<p>2,000 บาท (รวมค่าตรวจจิตวิทยา) <u>รายการที่ตรวจ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสุขภาพร่างกาย 1.1 ตรวจสายตา และตาบอดสี 1.2 ตรวจกรุ๊ปเลือด (Blood group) 1.3 ตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด 1.4 ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย (Malaria) 1.5 ตรวจหาเชื้อซิฟิลิส (VDRL) 1.6 ตรวจปัสสาวะ (Urine examination) 1.7 ตรวจการตั้งครรภ์ (Preg-test) 1.8 ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ - Opaiter - Amphetamine - Marijuana 	<ol style="list-style-type: none"> 1.9 ตรวจการทำงานของไต (Creatinine) 1.10 ตรวจน้ำตาลในเลือด (FBS)

แบบตารางพิมพ์ชื่อสถานพยาบาลตรวจสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

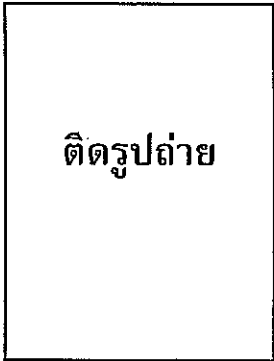
ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และเวลาตรวจ	อัตราค่าตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจด้านจิตวิทยา
6	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	62 หมู่ 7 ถ.รังสิต-นครนายก ต.องครักษ์ คลอง 16 อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120 โทร. 037-395085-6 ต่อ 10136 คุณกาญจนา เนินใหม่ และ คุณอรพรรณ งานสะอาด ตามวันและเวลาราชการ กรุณานัดล่วงหน้าก่อน 2 วัน	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และนิติศัลยกรรมและแพทยศาสตร์	ค่าตรวจสุขภาพทั้งร่างกายและทางจิตวิทยา รวมในอัตรา 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)	
				1.11 ตรวจไขมันในเลือด - Cholesterol - Triglyceride 1.12 ตรวจอุจจาระ (Stool exam) 1.13 เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray) 1.14 การตรวจทางจิตวิทยา	
	หมายเหตุ งตอาหารและเครื่องดื่ม หลัง 20.00 น. คืนก่อนตรวจเลือด และขอรับผลการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลเพื่อนำส่งสำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง				

แบบตารางเพื่อชื่อสถานพยาบาลดูสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และเวลาตรวจ	อัตราค่าตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
7	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์	99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิจิตร 65000 โทร. 055-965156 www.med.nu.ac.th	-แผนกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 อาคารสิรินธร -เปิดบริการเฉพาะวันศุกร์ เวลา 08.30 - 15.30 น. แจ้งที่ประชาสัมพันธ์ว่าตรวจ สุขภาพนักเรียนทุน ก.พ. (โทรติดต่อจองคิวล่วงหน้า ที่คุณพริษา)	1,700 บาท <u>รายการที่ตรวจ</u> 1. ตรวจเลือด 2. ตรวจปัสสาวะ 3. ตรวจอุจจาระ 4. เอกซเรย์ทรวงอก 5. ตรวจร่างกายทั่วไป	300 บาท (เฉพาะวันศุกร์) โดยโทรนัดล่วงหน้า อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ติดต่อแผนกจิตเวช ที่ คุณจุลสิรา โสพุดอ่อน โทร. 055-965577

หมายเหตุ รายละเอียดการตรวจฯ ทั้งหมดเป็นไปตามที่โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง แจ้งมา
(วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2555)

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			
VISION - WITH GLASSES			
RIGHT EYE	_____	_____
LEFT EYE	_____	_____
COLOR BLINDNESS	_____	_____
TRACHOMA	_____	_____
EARS	_____	_____
OTOSCOPIC EXAM.	_____	_____
NOSE	_____	_____
PHARYNX & TONSILS	_____	_____
TEETH	_____	_____
THYROID GLAND	_____	_____
LUNGS	_____	_____
HEART	_____	_____
ABDOMEN	_____	_____
LIVER/SPLEEN	_____	_____
HERNIA	_____	_____
EXTERNAL GENITALIA	_____	_____
ULCER	_____	_____
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

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).....