

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๓/ ๓๕๔



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔ ถนนอิทธิยาภิบาล จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๑

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ในการให้บริการตรวจสุขภาพและอนามัยสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๑๘.๔/๑๑๑๒

ลงวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงาน ก.พ. ขอกความอนุเคราะห์จากกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาสถานพยาบาลของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้ง ๑๒ เขต ที่สามารถให้บริการตรวจสุขภาพร่างกายนักเรียนทุนของรัฐบาลและแจ้งให้สถานพยาบาลตามเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทราบ โดยให้การตรวจสุขภาพอนามัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์การตรวจสุขภาพและอนามัยของผู้รับทุนและแบบแจ้งผลการตรวจสุขภาพอนามัย และแจ้งรายชื่อสถานพยาบาลที่จะให้บริการตรวจสุขภาพดังกล่าว ให้สำนักงาน ก.พ. ทราบ เพื่อที่สำนักงาน ก.พ. จะได้แจ้งให้นักเรียนทุนของรัฐบาลทราบต่อไป

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอกความอนุเคราะห์ให้หน่วยงานของท่าน ในการให้บริการตรวจสุขภาพและอนามัยสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาล ทั้งนี้ ขอให้แจ้งการตอบรับในการให้บริการตรวจสุขภาพและอนามัยสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาล ไปยังสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ภายในวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเมษฐ์ กิ่งโก้)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐-๔๒๒๑-๙๒๐๗-๘ ต่อ ๓๐๓

ห้องผู้ตรวจราชการ เขต
รับ 2477
ที่รับ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๕
เพื่อออก 14-47

ผู้อำนวยการกองกลาง
เลขรับ 19835
รับ 15/12/๖๕
เวลา 11.18.4

นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
เลข 6475
115 S.A. 2564
15/12/64

กลุ่มสารบรรณ
เลขรับ 22811
วันที่ 15/12/64
เวลา 09.49

กระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 60682
วันที่ ๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๕
เวลา 13.59

ห้อง 444 มร
เลขรับ 9MMW
วันที่ ๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๕
เวลา ๑๐.๑๐.๕๔

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔
เลขรับ 5243
วันที่ 14 ธ.ค. ๖5
เวลา

ห้อง ผอ.กตร.
เลขรับ 9893
วันที่ 16 ธ.ค. 2564
เวลา 15.26

สำนักงาน ก.พ.
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี
๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

กองตรวจราชการ
เลขรับ 0560
วันที่ 16 ธ.ค. 2564
เวลา

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการให้บริการตรวจสอบและอนามัยสำหรับนักเรียนทุนของรัฐบาล
เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อสถานพยาบาลที่เป็นสถานที่ตรวจสอบสุขภาพและอนามัยของนักเรียนทุนรัฐบาล
๒. หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสุขภาพร่างกายนักเรียนทุนของรัฐบาลและแบบฟอร์ม Medical Certificate

ด้วย ก.พ. กำหนดให้ผู้มีสิทธิได้รับทุนรัฐบาลต้องเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพและอนามัยจาก คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. โดยกำหนดเป็นกรณีที่จะเพิกถอนการให้ทุน หากไม่ผ่านการตรวจสอบสุขภาพ และอนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่เป็นสถานที่ตรวจสอบสุขภาพ ร่างกายที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ให้การรับรอง จำนวน ๑๑ แห่ง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในการนี้ คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้มีมติในการประชุมคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ เห็นควรให้มีการขยายสถานพยาบาลในการตรวจสอบสุขภาพ และอนามัยให้นักเรียนทุนของรัฐบาล โดยการตรวจสอบสุขภาพกายให้ขอความอนุเคราะห์จากกระทรวง สาธารณสุขใช้สถานพยาบาลตามเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้ง ๑๒ เขตเป็นสถานที่ตรวจสอบสุขภาพร่างกาย นักเรียนทุนของรัฐบาลเพิ่มเติม สำนักงาน ก.พ. จึงขอความอนุเคราะห์จากกระทรวงสาธารณสุขได้โปรด พิจารณาสถานพยาบาลตามเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทั้ง ๑๒ เขตที่สามารถให้บริการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย นักเรียนทุนของรัฐบาลและแจ้งให้สถานพยาบาลตามเขตสุขภาพเพื่อประชาชนทราบ โดยให้การตรวจ สุขภาพอนามัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์การตรวจสอบสุขภาพอนามัยของผู้รับทุนและแบบแจ้งผลการตรวจสอบสุขภาพ อนามัย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ทั้งนี้ ขอได้โปรดแจ้งรายชื่อสถานพยาบาลที่จะให้บริการตรวจสอบสุขภาพ ดังกล่าวให้สำนักงาน ก.พ. ทราบเพื่อที่สำนักงาน ก.พ. จะได้แจ้งให้นักเรียนทุนของรัฐบาลทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

๑) เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๒)
เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควรขอ กทว. ดำเนินการ
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

๗๘๘๘

๒) -ดำเนินการตามแผน

(นางชุดิมา หาญเมษิณ)

รองเลขาธิการ ก.พ. ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการ ก.พ.

๕)
เห็น
เห็นชอบ
ทุกกระทรวง
2/11/65

(นางสุทธิมา หันดี)
ผู้อำนวยการกองกลาง
๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๕

ศูนย์จัดการศึกษาในต่างประเทศและบริหารความรู้

(นายมานพ อดิชาติภูมิกิจ)
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๑๘๐๐

๓)

15 S.A. 2564
4-2-1-12-13

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

15 S.A. 2564

๒๐๐ ๐๐. ๒๐๑๕. ๒๐๑๕
๒๐๑๕. ๒๐๑๕-๒๐
๒๐๑๕. ๒๐๑๕. ๒๐๑๕

(นายมานพ อดิชาติภูมิกิจ)
ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
2 ธ.ค. 2564

(นายสุเทพ เพชรมาศ)
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๕

สถานพยาบาลที่เป็นสถานที่ตรวจสุขภาพและอนามัยของนักเรียนทุนรัฐบาล
ที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ให้การรับรอง

ที่	สถานพยาบาล	
๑	โรงพยาบาลจุฬารัตน์ สภากาชาดไทย	ร. 13
๒	โรงพยาบาลศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร	ร. 13
๓	โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร	ร. 13
๔	โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร	ร. 13
๕	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร	ร. 13
๖	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี	ร. 20
๗	โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร	ร. 13
๘	ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดนครนายก	ร. 4
๙	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก	ร. 2
๑๐	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่	ร. 1
๑๑	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ร. 12

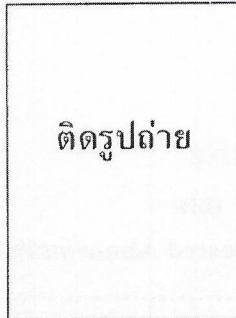
หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย

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. และนำไปโรงพยาบาลสำหรับปัสสาวะให้ไปด้วยเพื่อตรวจ ณ สถานที่ตรวจ
3. ในการตรวจร่างกาย ขอให้สวมเสื้อหลวมๆ แขนสั้นผ่าหน้า สุภาพสตรีกรุณาใส่เสื้อและกระโปรงคนละท่อน เพื่อสะดวกในการตรวจปอดและหัวใจ เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ และควรพร้อมที่จะให้ตรวจหน้าท้องเพื่อคลำตับ ม้าม หรือก้อนท่อน้ำดีถ้ามีในช่องท้อง และไม่ควรสวมถุงเท้ายาวมาก เพราะจะทำให้ลำบากในการตรวจ
4. ในการตรวจร่างกายสุขภาพสตรีทุกครั้งจะมีพยาบาลหรือผู้ช่วยที่เป็นสตรีคอยช่วยเหลืออยู่ด้วย เพื่อป้องกันข้อครหา
5. ผู้ที่สอบรับทุนเล่าเรียนหลวง ทุนรัฐบาล หรือทุนอื่นใด คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาคัดเลือกแต่เฉพาะผู้ที่มีสุขภาพและอนามัยดีเยี่ยม อันจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือดูงาน ไม่เป็นภาระต่อเจ้าของทุนในการที่จะต้องให้การรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และสามารถจะกลับมาประกอบวิชาชีพ หรือราชการได้เต็มที่
6. โรคที่คณะกรรมการแพทย์ฯ ไม่ผ่านให้หรือจะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ
 - โรคเรื้อรังชนิดระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ
 - มะเร็งในไตใดที่หนึ่ง
 - 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 จะโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุจนการใช้อวัยวะเทียมที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา จะได้แยกพิจารณาเป็นรายๆ ไป
 - คอพอกเป็นพิษ

- วัณโรคปอดระยะ active และวัณโรคที่ส่วนอื่นๆ ของร่างกาย อาศัยหลักพิจารณาตาม Manual for Medical Examination of Aliens, U.S., DPT of Health, Education and Welfare ผู้ที่เคยสงสัยว่าเป็นวัณโรค ต้องนำประวัติการตรวจและรักษาจากแพทย์ผู้รักษา และ फिल्म X-ray แต่เดิมทั้งหมดมาให้พิจารณาด้วย ผู้ที่อาจจะได้รับการพิจารณาให้ผ่านได้จะต้องมีฟิล์ม X-ray ปอด (ขนาดใหญ่) ถ่ายทุก 3 เดือน และมีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือ 12 เดือน ภายหลังที่ได้รับการรักษาโดยถูกต้อง 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
 - โรคจุกหรือไซนัส
9. หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือบุตรคนแรกอายุยังไม่ครบ 6 เดือน โดยไม่มีสามีไปพร้อมกันด้วย แนะนำว่ายังไม่ควรไปต่างประเทศ
10. ระยะเวลาในการตรวจซ้ำภายใน 1 ปี

หมายเหตุ แก้ไขเพิ่มเติมเดือนธันวาคม 2562

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