

ที่ นร ๑๐๑๘.๕/๓๕๐-๖๔๗



สำนักงาน ก.พ.

ถนนพิษณุโลก กทม. ๑๐๓๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๕๕

เรื่อง การเพิ่มรายชื่อสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.กำหนด

เรียน (กระทรวง กรม และจังหวัด)

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๑๓.๘.๔/ว ๑๗ ลงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๔๘

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. รายชื่อสถานพยาบาลเพิ่มเติมตามที่คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.กำหนด และรายละเอียดการตรวจ จำนวน ๖ หน้า
 ๒. แบบฟอร์ม Medical Certificate จำนวน ๕ หน้า

ตามหนังสือที่อ้างถึงกำหนดให้นักเรียนทุนและข้าราชการที่จะไปศึกษาวิชา ณ ต่างประเทศ จะต้องผ่านการตรวจสุขภาพอนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. และคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้ กำหนดสถานพยาบาลที่ทำการตรวจสุขภาพอนามัย หลักเกณฑ์ ข้อพึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย แบบฟอร์ม ค่าตรวจร่างกาย ฯลฯ แล้ว นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้มีมติเพิ่มรายชื่อสถานพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือก เพิ่มมากขึ้น จำนวน ๗ แห่ง (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ดังนี้

๑. ตรวจสุขภาพ

- ๑.๑ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ๑.๒ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
- ๑.๓ โรงพยาบาลรามธิบดี

๒. ตรวจสุขภาพและตรวจด้านจิตวิทยา

- 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



(นายธนทิกร กาญจนะจิตรา)

เลขาธิการ ก.พ.

ศูนย์จัดการศึกษาในต่างประเทศและบริหารความรู้

โทร. ๐ ๒๒๘๑ ๙๔๕๓

โทรสาร ๐ ๒๖๒๘ ๖๒๐๒

สิ่งส่งมาด้วย 1

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
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 (ขอให้งดอาหารก่อนตรวจ อย่างน้อย 8 ชม. จิบน้ำเปล่าได้)	ไม่มีบริการ
2	โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์- วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร	681 ถ.สามเสน เขตดุสิต กทม. 10300 โทร. 0 2244 3622 แจ้งว่ามาตรวจสุขภาพทุน 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 หู คอ จมูก 6. ตรวจร่างกาย	ไม่มีบริการ

หมายเหตุ - งดอาหารและน้ำ หลัง 20.00 น. คืนก่อนวันตรวจเลือด (ดื่มได้เฉพาะน้ำเปล่า)
- เมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว นักเรียนจะได้รับผลการตรวจจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ภายใน 2 วันทำการ
- กรณีที่แพทย์กำหนดให้ตรวจเพิ่มเติม อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

สิ่งส่งมาด้วย 1

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
3	โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ (ข้อมูล ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2555 ยังไม่พร้อมตรวจร่างกายนักเรียนทุน) หากมีการเปลี่ยนแปลงสำนักงาน ก.พ. จะแจ้งให้ทราบทาง www.ocsc.go.th	270 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม 10400 โทร. 0 2201 1063 www.ra.mahidol.ac.th	ศูนย์ตรวจสุขภาพ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ ชั้น 4 <u>หมายเหตุ</u> สำหรับการตรวจด้านจิตวิทยา ทางโรงพยาบาลรามธิบดี ยังไม่เปิดบริการ	<u>รายการที่ตรวจ</u> 1. ตรวจสุขภาพร่างกายโดยแพทย์ 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2.1 ตรวจกรุ๊ปเลือด (Blood Group) 2.2 ตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (CBC) 2.3 ตรวจโรคซิฟิลิส (VDRL) 2.4 ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) 2.5 ตรวจอุจจาระ (Stool examination) 2.6 การทำงานของไต (Creatinine) 2.7 น้ำตาลในเลือด (FBS) 2.8 คอเลสเตอรอล (Cholesterol) 2.9 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) 2.10 เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray) 2.11 ค่าตรวจการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test)	500 บาท 250 บาท 110 บาท 60 บาท 120 บาท 100 บาท 70 บาท 60 บาท 70 บาท 90 บาท 100 บาท 50 บาท

สิ่งส่งมาด้วย 1

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
				3. ค่าบริการทางการแพทย์ ที่อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ 250 บาท รวมค่าใช้จ่าย นักศึกษาชาย 2,350 บาท รวมค่าใช้จ่าย นักศึกษาหญิง 2,400 บาท	
4	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรรมการแพทย์ทหารบก โดยความร่วมมือกับ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	315 ถ.ราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม 10400 โทร. 0 2354 7600 ต่อ 90323 www.pmk.ac.th	อาคารเฉลิมพระบารมี ชั้น 2 ห้องตรวจโรคข้าราชการ/ ครอบครัวไปต่างประเทศ	1,700 บาท รายการที่ตรวจ 1. ตรวจเลือด 2. ตรวจปัสสาวะ 3. ตรวจอุจจาระ 4. เอกซเรย์ทรวงอก 5. ตรวจตา หู คอ จมูก 6. ตรวจร่างกายทั่วไป 7. อื่นๆ ตามที่สถาบัน การศึกษากำหนด (ตามอัตรา โรงพยาบาลกำหนด)	300 บาท
5	โรงพยาบาลราชวิถี กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือกับ	2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400	ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 ห้องตรวจโรคทั่วไป	2,000 บาท (รวมค่าตรวจจิตวิทยา) รายการที่ตรวจ	

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
	วิทยาลัยแพทยศาสตร์มหาวิทาลัยรังสิต	โทร. 0 2354 8108 www.rajavithi.go.th	เวลา 08.00 - 15.00 น. และคลินิกนอกเวลา เวลา 06.30 - 08.00 น. วันจันทร์ - วันศุกร์ -ก่อนมาตรวจต้องงดน้ำและ อาหาร 8-10 ชม. ก่อนเจาะเลือด -รายการตรวจสุขภาพอาจมี การตรวจเพิ่มเติมได้ขึ้นกับ ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจ -ราคาค่าตรวจอาจมีการ เปลี่ยนแปลงได้ตามระเบียบ ของกระทรวงการคลัง	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 - Opaite - Amphetamine - Marijuana 1.9 ตรวจการทำงานของไต (Creatinine) 1.10 ตรวจน้ำตาลในเลือด (FBS)	

สิ่งส่งมาด้วย 1

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
				1.11 ตรวจไขมันในเลือด - Cholesterol - Triglyceride 1.12 ตรวจอุจจาระ (Stool exam) 1.13 เอ็กซเรย์ปอด (Chest X-ray) 1.14 การตรวจทางจิตวิทยา	
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 งามสะอาด ตามวันและเวลาราชการ กรุณานัดล่วงหน้าก่อน 2 วัน	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพบุคลากร และนิสิต คณะแพทยศาสตร์	ค่าตรวจสุขภาพทั้งร่างกายและทางจิตวิทยา รวมในอัตรา 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)	
	หมายเหตุ งดอาหารและเครื่องดื่ม หลัง 20.00 น. คินก่อนตรวจเลือด และขอรับผลตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลเพื่อนำส่งสำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง				
7	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000	-แผนกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 อาคารสิรินธร	1,700 บาท รายการที่ตรวจ	300 บาท (เฉพาะวันศุกร์)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

แบบตารางเพิ่มชื่อสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพอนามัยของคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.

ลำดับ	สถานพยาบาล	ที่ตั้ง/หมายเลขโทรศัพท์/เว็บไซต์	สถานที่และ เวลาตรวจ	อัตราค่า ตรวจร่างกาย	อัตราค่าตรวจ ด้านจิตวิทยา
		โทร. 055-965156 www.med.nu.ac.th	-เปิดบริการเฉพาะวันศุกร์ เวลา 08.30 - 15.30 น. แจ้งที่ประชาสัมพันธ์ว่าตรวจ สุขภาพนักเรียนทุน ก.พ. (โทรติดต่อจองคิวล่วงหน้า ที่ศูนย์พัชรา)	1. ตรวจเลือด 2. ตรวจปัสสาวะ 3. ตรวจอุจจาระ 4. เอกซเรย์ทรวงอก 5. ตรวจร่างกายทั่วไป	โดยโทรนัดล่วงหน้า อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ติดต่อแผนกจิตเวช ที่ ศูนย์พัชรา โสตพัฒนา โทร. 055-965577

หมายเหตุ รายละเอียดการตรวจฯ ทั้งหมดเป็นไปตามที่โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง แจ้งมา (พฤษภาคม 2555)

หากมีการเปลี่ยนแปลง สำนักงาน ก.พ. จะแจ้งให้ทราบทาง www.ocsc.go.th

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).....