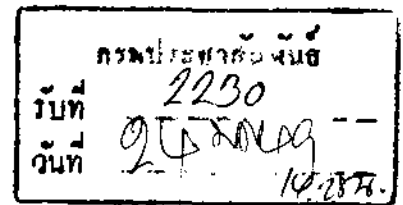


ที่ นร 1013.8.4/ 4917



① ถึง กรมประชาสัมพันธ์

ด้วยสำนักงาน ก.พ. ได้มีหนังสือเวียนสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 1013.8.4 / ว 17 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2548 เรื่องการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการตรวจสอบนามัย โดยคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. เพื่อให้ส่วนราชการทราบและถือปฏิบัติ ซึ่งสามารถดูรายละเอียดหนังสือดังกล่าวได้จากเว็บไซต์ สำนักงาน ก.พ. www.ocsc.go.th หัวข้อกฎหมาย และระบบวินัย → หนังสือเวียน ก.พ. → พ.ศ. 2548

จึงแจ้งมาเพื่อทราบ



สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน
กลุ่มการศึกษาและฝึกอบรมในต่างประเทศ
โทร. 0 2281 9453
โทรสาร 0 2280 3334

② ที่ นร 0201/ว. 742

เรียน ผอ.สำนัก, ผอ.กอง และหัวหน้าหน่วยงาน
เพื่อโปรดทราบ และถือปฏิบัติต่อไป

(นางสาวชินภัทร พุทธชาติ)
สนก.

24 ส.ค. 2549

สนก. 2230 สก/น.

(สำเนา)

ที่ นร 1013.8.4/ว 17

สำนักงาน ก.พ.

ถนนพิษณุโลก กทม. 10300

30 ธันวาคม 2548

เรื่อง การตรวจสุขภาพอนามัยสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะไปศึกษา
ในต่างประเทศ

เรียน (กระทรวง กรม และจังหวัด)

อ้างถึง หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0706.9/ว.พิเศษ 1 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2543

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. คำแนะนำสำหรับนักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการที่จะไปรับการตรวจสุขภาพ
อนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ.เพื่อไปศึกษาต่างประเทศ
2. หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย
3. แบบฟอร์ม Medical Certificate จำนวน 1 ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึงกำหนดให้นักเรียนทุนและข้าราชการที่จะไปศึกษาวิชา
ณ ต่างประเทศ จะต้องผ่านการตรวจสุขภาพอนามัยจากคณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. และ
คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้กำหนดสถานพยาบาลที่ทำการตรวจสุขภาพอนามัย
หลักเกณฑ์ ข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย แบบฟอร์ม คำตรวจร่างกาย ฯลฯ นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการแพทย์ของ ก.พ. ได้มีมติเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการตรวจ
สุขภาพร่างกายเป็นดังนี้

1. กำหนดให้ตรวจสุขภาพร่างกาย ณ โรงพยาบาลศิริราชเช่นเดิม
ส่วน “การตรวจสุขภาพจิต” ให้เปลี่ยนเป็นคำว่า “การตรวจทางจิตวิทยา” โดยอาจขอเข้ารับ
การตรวจได้จากสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ดังนี้

1.1 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (เฉพาะวันศุกร์

เวลา 13.30 น. – 16.30 น.)

/12สถาบัน...

1.2 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (เฉพาะวันหยุดหัตถี เวลา 13.30 น.–16.30 น.)

1.3 โรงพยาบาลศรีธัญญา (เฉพาะวันพุธ เวลา 13.30 น.–16.30 น.)

2. หากไม่แยกตรวจสอบสภาพร่างกายและทางจิตวิทยาตามข้อ 1 อาจขอเข้ารับการตรวจสอบสภาพร่างกายและตรวจทางจิตวิทยาในคราวเดียวกัน ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (ตำบลคลอง 1 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี) สำหรับในส่วนภูมิภาค ให้ดำเนินการตรวจสอบสภาพร่างกายและทางจิตวิทยาในคราวเดียวกันโดยขอรับการตรวจจากสถานพยาบาล ดังนี้

2.1 ภาคเหนือ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

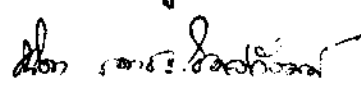
2.3 ภาคใต้ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. อัตราค่าตรวจสอบสภาพร่างกายและทางจิตวิทยา ปรับจาก 1,190 บาท เป็น 2,000 บาท (ค่าตรวจสอบสภาพร่างกาย 1,700 บาท และค่าตรวจทางจิตวิทยา 300 บาท)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 ต่อไปด้วย ทั้งนี้ ได้แจ้งให้กรมและจังหวัดทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ
(ลงชื่อ) ปรีชา วัชรภักย์
(นายปรีชา วัชรภักย์)
เลขาธิการ ก.พ.

สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน
กลุ่มการศึกษาและฝึกอบรมในต่างประเทศ
โทร. 0 2281 9453
โทรสาร 0 2280 3334, 0 2628 6202

สำเนาถูกต้อง

(นางสาวธนิศา เตชะโชควิวัฒน์)
เจ้าหน้าที่การศึกษา 8 ว

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

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

สถานที่และเวลาตรวจ	รายการที่ตรวจ	ค่าธรรมเนียม	หมายเหตุ
1. โรงพยาบาลศิริราช ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ห้อง 433 เวลา 7.30-8.45 น. โทร. 0 2419 7387 0 2419 7392	1. ตรวจสุขภาพร่างกาย 1.1 ตรวจเลือด 1.2. ตรวจปัสสาวะ 1.3. ตรวจอุจจาระ 1.4 เอกซเรย์ทรวงอก 1.5 ตรวจตา หู คอ จมูก 1.6 ตรวจร่างกาย	1. ค่าธรรมเนียมการตรวจสุขภาพร่างกาย ณ โรงพยาบาลศิริราช ในอัตรา 1,700 บาท (หนึ่งพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) 2 ค่าระค่าทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลศิริราช ในอัตรา 20 บาท (ยี่สิบบาทถ้วน) ● ค่าธรรมเนียมการตรวจทางจิตวิทยา ในอัตรา 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)	- งดอาหารและเครื่องดื่ม หลัง 20.00 น. ดื่มน้ำก่อน วันตรวจเลือด - เมื่อตรวจสุขภาพเรียบร้อยแล้ว นักเรียนจะได้รับผลการตรวจจากศิริราช- พยาบาล ภายใน 2 วัน ทำการ - กรณีที่แพทย์กำหนดให้ ตรวจเพิ่มเติม อาจจะต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเพิ่ม ● การตรวจทางจิตวิทยา เมื่อทำการตรวจแล้วขอรับ ผลจากสถานพยาบาลได้ โดยตรง เพื่อนำส่ง สำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง
2. บริการตรวจทางจิตวิทยา ติดต่อขอรับการตรวจจากสถาน- พยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ดังนี้ ● สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยาตึก 100 ปี (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 1747 ● สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ ถ.พุทธมณฑลสาย 4 เขตทวีวัฒนา กทม. (บริการเฉพาะวันพฤหัสบดี) โทร. 0 2889 9066-7 ต่อ 1308	2. ตรวจทางจิตวิทยา		
3. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์- เฉลิมพระเกียรติ (ต.คลอง 1 อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี) แผนก เวชระเบียน โทร. 0 2926 9999 ต่อ 9862, 9879 หรือ 9881	3. ตรวจสุขภาพร่างกาย (ตรวจตามรายการข้อ 1.1-1.6) และตรวจทางจิตวิทยา	*ค่าตรวจสุขภาพ ทั้งร่างกายและทาง จิตวิทยา รวมในอัตรา 2,000 บาท	● งดอาหารและเครื่องดื่ม หลัง 20.00 น. ดื่มน้ำก่อน ตรวจเลือด และขอรับผล ตรวจสุขภาพจาก โรงพยาบาลเพื่อนำส่ง สำนักงาน ก.พ. ด้วยตนเอง

หลักเกณฑ์และข้อที่พึงทราบในการตรวจสุขภาพร่างกาย

1. ผู้ที่ไปตรวจสุขภาพร่างกายโปรดไปพบเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศิริราช ที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ห้อง 433 เวลา 7.30 – 8.45 น. หรือโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่แผนกเวชระเบียน (สำหรับส่วนภูมิภาคโปรดติดต่อกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา โดยตรง)
2. ให้ใส่ชุดจรรยาในภาษาที่ ได้รับจากสำนักงาน ก.พ. สำหรับปัสสาวะให้ไปถ่ายเพื่อตรวจ ณ สถานที่ตรวจ
3. ในการตรวจร่างกาย ขอให้สวมเสื้อหลวมๆ แขนสั้นผ่าหน้า สุภาพสตรีกรุณาใส่เสื้อและกระโปรง คนละท่อน เพื่อสะดวกในการตรวจปอดและหัวใจ เจาะเลือดและเอ็กซเรย์ และควรพร้อมที่จะให้ตรวจหน้าท้องเพื่อคัดลำดับ ม้าม หรือก้อนทุม อื่นใดถ้ามีในช่องท้อง และไม่ควรสวมถุงเท้ายาวมาก เพราะจะทำให้ลำบากในการตรวจ
4. ในการตรวจร่างกายสุภาพสตรีทุกครั้ง จะมีพยาบาลหรือผู้ช่วยที่เป็นสตรีคอยช่วยเหลืออยู่ด้วย เพื่อป้องกันข้อครหา
5. ผู้ที่สอบรับทุนเล่าเรียนหลวง ทุนรัฐบาล หรือทุนอื่นใด คณะกรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาคัดเลือก แต่เฉพาะผู้ที่มีสุขภาพและอนามัยดีเยี่ยม อันจะไม่นับอุปสรรคต่อการศึกษาหรือดูงาน ไม่เป็นภาระต่อเจ้าของทุนในการที่จะต้องให้การรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เพราะจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และสามารถจะกลับมาประกอบวิชาชีพ หรือราชการได้เต็มที่
6. โรคที่คณะกรรมการแพทย์ฯ ไม่ผ่านให้หรือจะต้องพิจารณาเป็นพิเศษ
 - โรคเรื้อรังชนิดระยะติดต่อหรือแพร่เชื้อ
 - มะเร็งในที่ใดที่หนึ่ง
 - โรคไตที่พบไข่ขาวในปัสสาวะ และมี Creatinine สูง
 - ความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มม.ปรอท เมื่อมี albuminuria และ creatinine สูง (หากไม่พบสิ่งเหล่านี้กรรมการแพทย์ฯ จะได้พิจารณาเป็นรายๆ ไป)
 - โรคเลือดที่ร้ายแรง
 - โรคเบาหวาน
 - โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดอันตราย
 - ดับหรือม้ามโตผิดปกติ
 - โรคหืดที่เป็นอย่างรุนแรง และตรวจพบอาการแสดงชัดเจน
 - โรคหัวใจชนิด Organic หรือที่มีอาการ หรือไม่ผ่านการทดสอบ
 - Rheumatoid arthritis
 - ความพิการของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง จะโดยกำเนิดหรืออุบัติเหตุตลอดจนการใช้อวัยวะเทียมที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา 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 ผู้ที่อาจจะได้รับการพิจารณาให้ผ่านได้จะต้องมี फिल्म 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 หรือจะได้นำเข้าพิจารณาในที่ประชุมของคณะกรรมการแพทย์ฯ
8. โรคและอาการเหล่านี้ให้ผ่าน และแจ้งให้ ก.พ. รับทราบด้วยว่าผู้สมัครมีอยู่
- โรคของหู เช่น หูน้ำหนวก ฯลฯ
 - ตาบอดหรือเหล่ ข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง
 - หัวใจมี ectopic beats หรือ paroxysmal arrhythmia โดยไม่มี organic heart disease
 - ฟันผุยังไม่ได้ทำการรักษา
 - ต่อมทอนซิลโต
 - โรคจุก หรือไซนัส
9. หญิงที่กำลังตั้งครรภ์ หรือบุตรคนแรกอายุยังไม่ครบ 6 เดือน โดยไม่มีสามีไปพร้อมกันด้วย แนะนำว่ายังไม่ควรไปต่างประเทศ
10. ระยะเวลาในการตรวจซ้ำภายใน 1 ปี

หมายเหตุ แก้ไขเพิ่มเติมเดือนธันวาคม 2548

MEDICAL CERTIFICATE

ติดรูปถ่าย

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, 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 APPERANCE	_____	_____	
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	_____	_____	
VERTEBRAE	_____	_____	
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

_____ physical ready for study abroad.

_____ physically not ready for study abroad.

.....
SIGNATURE OF MEDICAL
COMMITTEE

.....
TITLE

.....
DATE

Mental Health Examination

Examinee's Name:.....

Psychological Assessment

Results

1) MMPI

☐ **Within Normal Range**

☐ **High score in**.....

.....
.....

2) RORSCHACH

☐ **Response within normal range**

☐ **Response indicate**.....

.....
.....

Conclusion:

I hereby certify that the examinee has

☐ **low risk of significant psychological problem.**

☐ **high risk of significant psychological problem.**

Clinical Psychologist's Name:.....

License Number:

Organization of Affiliation:

Signature:

Date:.....

PSYCHIATRIC EXAMINATION

(เฉพาะกรณีที่ต้องได้รับการตรวจจากจิตแพทย์)

D. MENTAL CONDITION

PLACE OF EXAMINATION.....

DATE OF EXAMINATION.....

PSYCHIATRIST'S NAME

PSYCHOLOGIST'S NAME

EXAMINEE'S NAME

1. PSYCHIATRIC EXAMINATION (interviewed by psychiatrist)

FINDINGS:
.....
.....

2. PSYCHOLOGICAL TESTING (administered and interpreted by psychologist)

NAME OF TESTS PERFORMED:
.....

FINDINGS:
.....
.....

My examination in mental condition revealed:

_____ normal

_____ abnormal as follows

_____ MENTAL DISORDER (S)

(PLEASE SPECIFY).....

.....
.....

I hereby certify that the examinee is

_____ mentally ready to study abroad.

_____ mentally not ready to study abroad.

.....
Signature of Psychiatrist

.....
Date

.....
Signature of Psychologist

.....
Date