

เอกสารนำส่งเพื่อประกอบการพิจารณาคุณสมบัติของ
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม



เลขที่ผู้สมัคร	โควตา
-------------------------	----------------

รายงานประวัติการตรวจร่างกาย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์เป็นผู้กรอก

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.....

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สถานที่เกิด..... จังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วย

- การผ่าตัด ไม่เคย
 เคยได้รับการผ่าตัด ระบุ
- การได้รับอุบัติเหตุ ไม่เคย
 เคยได้รับอุบัติเหตุ ระบุ..... เมื่อ พ.ศ.
- การเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่เคย
 เคยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาล ระบุ..... เมื่อ พ.ศ.

ปัจจุบันมีโรคประจำตัว

- ไม่มี
 มี ระบุ
- สภาพการรักษา ไม่รักษา กำลังรับการรักษา ที่.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา นามสกุลอายุปี
 มีชีวิต โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

ชื่อมารดา นามสกุลอายุปี
 มีชีวิต โรคประจำตัว ไม่มี มี ระบุ.....
 ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ

กระผม/ดิฉัน ขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่า ไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง กระผม/ดิฉัน ยินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

(ลงชื่อ)
(ผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์)

(ลงชื่อ) ผู้รับรอง
(บิดา มารดา / ผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก (ขอให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ)

นายแพทย์/แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจร่างกายของ แล้ว ได้ผลดังนี้

๒.๑ ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....กก. , ส่วนสูง.....ซม. (ไม่น้อยกว่า ๑๕๐ ซม.) , ดัชนีมวลกาย (BMI) (ไม่เกิน ๒๙.๙๙)

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท , ชีพจร.....ครั้ง/นาที

- ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ลักษณะผิวหนัง ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ลักษณะแขนและมือ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ลักษณะขาและเท้า ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- การเคลื่อนไหวของร่างกาย ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ต่อมน้ำเหลืองหลังหู ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- จมูก ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ลักษณะในช่องปาก ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- การออกเสียงพูด ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ต่อมไทรอยด์ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ลักษณะทรวงอก ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- การทำงานของปอด ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- การทำงานของหัวใจ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- ระบบประสาท ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- กระดูกและกล้ามเนื้อ ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- โรคเท้าช้าง ไม่เป็น เป็น - ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- โรคลมชัก ไม่เป็น เป็น - เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ
- โรคจิต ไม่เป็น เป็น - ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ภาวะสุขภาพจิต ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- โรคเรื้อน ไม่เป็น เป็น ระบุ.....
- โรคคนเฝ้า ไม่เป็น เป็น ระบุ.....
- ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ.....

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Complete blood count (CBC)

- Hemoglobin..... gm% ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....
- Hematocrit..... vol% ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....



Red blood cell morphology	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Anisocytosis	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Poikilocytosis	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Hypocytosis	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Microcytosis	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Macrocytosis	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
White blood cell countCell/mm ³			
Neutrophil.....%	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Lymphocyte.....%	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Basophil.....%	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Eosinophil.....%	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Monocyte.....%	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Plateletscells/mm ³	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Urine analysis (UA)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Albumin	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Sugar	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
Sediments	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
สารเสพติด (แอมเฟตามีน)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....

๒.๒ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-Rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
 มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ.....

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 แพทย์ผู้ตรวจ
 (เอกสารที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับสถานพยาบาล)

๒.๓ ผลการตรวจตา (โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา)

นายแพทย์/แพทย์หญิง นามสกุล
 สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจตาของ.....
 แล้ว ได้ผลดังนี้

การมองเห็น (VA) ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแมงสี)	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	- <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา - <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ.....
การมองภาพ ๓ มิติ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	- <input type="checkbox"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา - <input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ระบุ.....

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 แพทย์ผู้ตรวจ
 (เอกสารที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของสถานพยาบาล)



๒.๓ ผลการตรวจหู (โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา)

นายแพทย์/แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ได้ตรวจหูของ แล้ว ได้ผลดังนี้

ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
การได้ยินหูขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....
การได้ยินหูซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ.....

หมายเหตุ แบบผลตรวจสมรรถภาพการได้ยิน (audiogram)

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 แพทย์ผู้ตรวจ
 (เอกสารที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของสถานพยาบาล)

ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา (ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาอ่านรายละเอียดเกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่เป็นข้อห้าม และเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาโดยละเอียด)

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรืออาการของโรค ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ หรือมีความพิการอื่น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลังจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว หรือสายตาสั้นผิดปกติเมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า ๖/๒๔ ทั้ง ๒ ข้างหรือโรคตาอื่น ๆ ซึ่งจักษุแพทย์และคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ได้แก่
 - ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่อย่างมาก
 - ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือสีสำคัญ โดยพิจารณาว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือไม่

ตามดุลยพินิจของคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย

๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่น ๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความเสี่ยงเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา

๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกชนิด
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์และคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๙. โรคคนเฝ้าก
๑๐. โรคอ้วน มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า ๒๙.๙๙



๑๑. โรคและอาการอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์ เช่น
- ร่างกายผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขนขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - กระจก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ ตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนัง ที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
 - โรคเท้าช้าง
 - โรคลมชัก ที่ยังไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)
๑๒. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง

- หมายเหตุ**
๑. โรคหรือความพิการอื่นๆ ซึ่งมีได้ระบุในข้อ ๑-๑๒ ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์
 ๒. ผู้สมัครต้องแนบใบรายงานผลการตรวจร่างกายทุกชนิดมาประกอบในวันสอบสัมภาษณ์
 - ๒.๑ แบบรายงานผลการตรวจร่างกายของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
 - ๒.๒ รายงานผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ (ผล lab)

แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ-28)

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงสภาวะสุขภาพของท่านในระยะสองถึงสามสัปดาห์ผ่านมารูปเป็นอย่างไร กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย

หน้าคำตอบที่ใกล้เคียงกับสภาพของท่านในปัจจุบันหรือในช่วงสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยคำตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก

ข้อมูลผู้ทำแบบทดสอบ

ชื่อ-สกุล เลขที่ผู้สมัคร

โควตา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บุตร ตชต. ภาค 2 บุตรบุคลากรฯ แหล่งฝึกภาคปฏิบัติ รพ.

ในระยะสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน

หัวข้อประเมิน	ตัวเลือก				คะแนนรายข้อ	คะแนนรวม
	<input type="radio"/> ต่ำกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
1. รู้สึกสบายและสุขภาพดี	<input type="radio"/> ต่ำกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
2. รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชา	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
3. รู้สึกหุดโทรมและสุขภาพไม่ดี	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
4. รู้สึกไม่สบาย	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
5. เจ็บหรือปวดบริเวณศีรษะ	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
6. รู้สึกหึ่งหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
7. มีอาการวูบร้อนหรือหนาว	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
8. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
9. ไม่สามารถนอนหลับได้สนิทหลังจากหลับแล้ว	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
10. รู้สึกตื่นหรืออยู่ตลอดเวลา	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
11. รู้สึกหุดหิด อารมณ์ไม่ดี	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
12. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
13. รู้สึกเรื่องต่างๆ หับหิมจนจับไม่ไหว	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
14. รู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
15. หายอะไรทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	<input type="radio"/> มากกว่า	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
16. ทำอะไรช้ากว่าปกติ	<input type="radio"/> เร็วกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> ช้ากว่าปกติ	<input type="radio"/> ช้ากว่าปกติมาก		
17. รู้สึกว่าโดยทั่วไปแล้วทำอะไร ได้ดี	<input type="radio"/> ต่ำกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> ต่ำน้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> ต่ำน้อยกว่าปกติมาก		
18. พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป	<input type="radio"/> มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
19. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
20. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
21. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> เหมือนปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติ	<input type="radio"/> น้อยกว่าปกติมาก		
22. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
23. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
24. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
25. คิดว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอยากจบชีวิตตัวเอง	<input type="radio"/> ไม่อย่างแน่นอน	<input type="radio"/> ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น	<input type="radio"/> มีอยู่บ้างเหมือนกัน	<input type="radio"/> มีแน่ๆ		
26. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียดมาก	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
27. พบว่าตัวเองรู้สึกอยากหายไปไหนๆ	<input type="radio"/> ไม่เลย	<input type="radio"/> ไม่มากกว่าปกติ	<input type="radio"/> ค่อนข้างมากกว่าปกติ	<input type="radio"/> มากกว่าปกติมาก		
28. พบว่ามีความรู้สึกที่อยากจะทำลายชีวิตตัวเองเข้ามาอยู่ในความคิดเสมอๆ	<input type="radio"/> ไม่อย่างแน่นอน	<input type="radio"/> ไม่คิดว่าเป็นอย่างนั้น	<input type="radio"/> มีอยู่บ้างเหมือนกัน	<input type="radio"/> มีแน่ๆ		

ลงชื่อ.....
(.....)

กรรมการตรวจคะแนน

ลงชื่อ.....
(.....)

กรรมการตรวจคะแนน