หมายเหตุ
1. วัดความดันโลหิต กรณี อายุ มากกว่า 50 ปี หรือ มีโรคประจำตัว
2. พบแพทย์ก่อนทดสอบหากท่านเจ็บป่วย/ร่างกายไม่พร้อม แนบใบรับรองแพทย์

การทดสอบสมรรถภาพครั้งที่ ๒ ปี ๖๕
๑๒ ก.ค.๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน
☐ ภาคพื้น
☐ ภาคอากาศ

ยศ, ชื่อ-สกุล.....หน่วยงาน.....รหัสหน่วย.....
อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
ความดันโลหิต...../.....mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 1)
ความดันโลหิต...../.....mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 2)

ลำดับ	รายการทดสอบ	ผลการทดสอบ	กรรมการ	ระดับการทดสอบ
1	ดันพื้น (push-up)			
2	ลุก-นั่ง (sit-up)			
3	วิ่ง 2.4 กิโลเมตร			
4	เดิน 3.2 กิโลเมตร (อายุ>50 ปี)			

ความเห็นของแพทย์.....
แพทย์ผู้ตรวจ (ลงชื่อ).....

ผู้เข้ารับการทดสอบ (ลงชื่อตัวบรรจง).....

หมายเหตุ
1. วัดความดันโลหิต กรณี อายุ มากกว่า 50 ปี หรือ มีโรคประจำตัว
2. พบแพทย์ก่อนทดสอบหากท่านเจ็บป่วย/ร่างกายไม่พร้อม แนบใบรับรองแพทย์

การทดสอบสมรรถภาพครั้งที่ ๒ ปี ๖๕
๑๒ ก.ค.๖๕

ผู้ปฏิบัติงาน
☐ ภาคพื้น
☐ ภาคอากาศ

ยศ, ชื่อ-สกุล.....หน่วยงาน.....รหัสหน่วย.....
อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
ความดันโลหิต...../.....mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 1)
ความดันโลหิต...../.....mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 2)

ลำดับ	รายการทดสอบ	ผลการทดสอบ	กรรมการ	ระดับการทดสอบ
1	ดันพื้น (push-up)			
2	ลุก-นั่ง (sit-up)			
3	วิ่ง 2.4 กิโลเมตร			
4	เดิน 3.2 กิโลเมตร (อายุ>50 ปี)			

ความเห็นของแพทย์.....
แพทย์ผู้ตรวจ (ลงชื่อ).....

ผู้เข้ารับการทดสอบ (ลงชื่อตัวบรรจง).....

(สำหรับผู้เข้ารับการทดสอบ)

แบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย สบน.ทอ.

ข้อมูลทั่วไป

หน่วยงาน*.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ยศ/ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เมตร BMI.....กิโลกรัมต่อเมตร^2

ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร.....ครั้ง/นาที

คำชี้แจง การทดสอบสมรรถภาพทางกายครั้งนี้ ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ๒ ด้าน คือความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อ ความทนทานของระบบไหลเวียนและระบบหัวใจซึ่งมีวิธีทดสอบ ๓ วิธี ได้แก่ ลุก-นั่ง (Sit-up) ๑ นาที ดันพื้น (Push-up) ๑ นาทีและวิ่งหรือวิ่งสลับเดิน ระยะทาง ๒.๔ กิโลเมตร หรือ เดินอย่างเดียวระยะทาง ๓.๒ กิโลเมตรตามคำสั่ง ทอ.(เฉพาะ) ที่ ๔๗/๖๐ ลง ๒๗ มิ.ย.๖๐ เรื่องการพัฒนาสมรรถภาพทางกายกำลังพล ทอ.กำหนดให้ส่วนราชการดำเนินการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ทุกปี ปีละ ๒ ครั้ง โดยครั้งที่ ๑ ให้ทำการทดสอบระหว่างเดือน ธ.ค. - ก.พ. และ ครั้งที่ ๒ ระหว่างเดือน มิ.ย. - ส.ค.

การประเมินความพร้อมก่อนการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

โปรดตอบคำถามดังต่อไปนี้	เคย	ไม่เคย
๑. แพทย์ที่ตรวจรักษาเคยบอกท่านหรือไม่ว่า ท่านมีความผิดปกติของหัวใจและควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์เท่านั้น		
๒. ท่านมีความรู้สึกเจ็บปวดหรือแน่นหน้าอก ขณะที่ออกกำลังกายหรือไม่		
๓. ในเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บหน้าอก ขณะที่อยู่เฉยๆ โดยไม่ได้ออกกำลังกายหรือไม่		
๔. ท่านมีอาการสูญเสียการทรงตัว (ยืนหรือเดินเซ) เนื่องจากอาการวิงเวียนศีรษะหรือไม่ หรือท่านเคยเป็นลมหมดสติหรือไม่		
๕. ท่านมีปัญหากระดูกหรือข้อต่อ ซึ่งมีอาการแย่ลง ถ้าออกกำลังกายหรือไม่		
๖. แพทย์ที่ตรวจรักษามีการสั่งยารักษาความดันโลหิต หรือความผิดปกติของหัวใจให้ท่านหรือไม่		
๗. ๑๒ ชม. ก่อนทำการทดสอบฯ ท่านได้รับประทานยาอะไรบ้างหรือไม่ โปรดระบุ.....		
๘. เท่าที่ท่านทราบ ยังมีเหตุอื่นๆ อีกหรือไม่ ที่ทำให้ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้ (ถ้ามี) โปรดระบุ.....		

หมายเหตุ ๑. ผู้ที่ไม่ควรทดสอบสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ และมีใบรับรองแพทย์ว่าตั้งครรภ์จริง

๒. ผู้มีโรคประจำตัวที่มีใบรับรองแพทย์ให้งดการออกกำลังกาย

๓. ถ้าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕๐/๑๐๐ มม.ปรอท หรือ ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ กิโลกรัมต่อเมตร^2 หรือตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า เคย ให้ งดการวิ่ง ทดสอบให้เดินทดสอบแทน และทดสอบโดยการลุก-นั่ง (Sit-up) และดันพื้น (Push-up) เท่าที่ทำได้ด้วยความระมัดระ