สถาบันพระบรมราชชนก
ระบบรับสมัครนักศึกษา การรับแบบ Admissions ประจำปีการศึกษา 2561
ประมวลผลคัดเลือกรอบที่ 3

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ผลตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์
สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ภูมิลำเนาที่ใช้ในการสมัครจังหวัด กรุงเทพมหานคร

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา กรมการแพทย์ (ไม่จำกัดภูมิลำเนา)

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา กรมการแพทย์

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
1	612101256	นางสาวณัฐณิชา สำลีแก้ว	กรุงเทพมหานคร	วพบ.กรุงเทพ

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา ทุนเสมาพัฒนาชีวิต/รร.ราชประชานุเคราะห์(ไม่จำกัดภูมิลำเนา)

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา รร.เฉลิมพระเกียรติฯ

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา รร.ปอเนาะ

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

วันที่ 7 มิถุนายน 2561 - เริ่มรายงานตัว เวลา 8:00 - 12:00 น.
ให้ไปรายงานตัว ยื่นหลักฐาน ผลตรวจร่างกายและเข้าสัมภาษณ์ ตามวันและเวลาที่กำหนด หากไม่ไปถือว่าสละสิทธิ์

สถาบันพระบรมราชชนก
ระบบรับสมัครนักศึกษา การรับแบบ Admissions ประจำปีการศึกษา 2561
ประมวลผลคัดเลือกรอบที่ 3

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ผลตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์
สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ภูมิลำเนาที่ใช้ในการสมัครจังหวัด สมุทรปราการ

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา กรมการแพทย์ (ไม่จำกัดภูมิลำเนา)

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา กรมการแพทย์

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา ทุนเสมาพัฒนาชีวิต/รร.ราชประชานุเคราะห์(ไม่จำกัดภูมิลำเนา)

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา ทุนเสมาพัฒนาชีวิต/รร.ราชประชานุเคราะห์

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
1	612107731	นางสาวกานดา แซ่โอ้ว	ชลบุรี	วพ.พระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
2	612100827	นางสาวณัฐิดา เสี้ยวกสิกิจ	ชลบุรี	วพบ.นครลำปาง
3	612107410	นางสาวธัญชนก สาลีผล	ชลบุรี	วพบ.สุรินทร์
4	612109936	นางสาวมณีนุช เพ็งสว่าง	ชลบุรี	วพบ.นครลำปาง
5	612102072	นางสาวศศิปภา รัตนพลที	ชลบุรี	วพบ.นครลำปาง
6	612100768	นางสาวศิริรัตน์ แซ่ซิ้ม	สมุทรปราการ	วพบ.กรุงเทพ

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา พื้นที่เกาะและชายแดน

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

วันที่ 7 มิถุนายน 2561 - เริ่มรายงานตัว เวลา 8:00 - 12:00 น.
ให้ไปรายงานตัว ยื่นหลักฐาน ผลตรวจร่างกายและเข้าสัมภาษณ์ ตามวันและเวลาที่กำหนด หากไม่ไปถือว่าสละสิทธิ์

สถาบันพระบรมราชชนก
ระบบรับสมัครนักศึกษา การรับแบบ Admissions ประจำปีการศึกษา 2561
ประมวลผลคัดเลือกรอบที่ 3

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ผลตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์
สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ภูมิลำเนาที่ใช้ในการสมัครจังหวัด สมุทรปราการ

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา รพ.พุทธโสธร

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา รร.เฉลิมพระเกียรติฯ

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ประเภทโควตา รร.ปอเนาะ

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
1	612111178	นางสาวกัญญารัตน์ ตื๊นา	ฉะเชิงเทรา	วสส.จ.ชลบุรี
2	612105087	นางสาวปิยะธิดา อินทร์ประสงค์	ชลบุรี	วสส.จ.ชลบุรี

หลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
1	612102370	นางสาวสญาวรรณ ไกรวงษ์	สมุทรปราการ	วสส.จ.ชลบุรี

หลักสูตร การแพทย์แผนไทยบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร การแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

วันที่ 7 มิถุนายน 2561 - เริ่มรายงานตัว เวลา 8:00 - 12:00 น.
ให้ไปรายงานตัว ยื่นหลักฐาน ผลตรวจร่างกายและเข้าสัมภาษณ์ ตามวันและเวลาที่กำหนด หากไม่ไปถือว่าสละสิทธิ์

สถาบันพระบรมราชชนก
ระบบรับสมัครนักศึกษา การรับแบบ Admissions ประจำปีการศึกษา 2561
ประมวลผลคัดเลือกรอบที่ 3

รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ผลตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์
สถานที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ภูมิลำเนาที่ใช้ในการสมัครจังหวัด สมุทรปราการ

หลักสูตร วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเวชระเบียน
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์
ประเภทโควตา บุคคลทั่วไป

ที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ-นามสกุล	รับโควตาจังหวัด	สถานศึกษา
ไม่มีผู้ผ่านการคัดเลือก				

วันที่ 7 มิถุนายน 2561 - เริ่มรายงานตัว เวลา 8:00 - 12:00 น.
ให้ไปรายงานตัว ยื่นหลักฐาน ผลตรวจร่างกายและเข้าสัมภาษณ์ ตามวันและเวลาที่กำหนด หากไม่ไปถือว่าสละสิทธิ์

ขอให้ผู้ผ่านการคัดเลือกนักศึกษา การรับแบบ Admission รอบที่ 3 มารายงานตัวเพื่อ**ตรวจสอบเอกสารและสัมภาษณ์**
ณ ห้อง 3-601 ชั้น 6 อาคารศรีนครินทราบรมราชชนนี (อาคาร 3) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เวลา 8.00 น. โดยเตรียมตัว ดังนี้

1. แต่งกายด้วยชุดนักเรียนหรือนักศึกษาเท่านั้น
2. เตรียมเอกสารตามแบบฟอร์ม **entrn003- aGPG รายการเอกสารหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานวันสัมภาษณ์ ทั้งตัวจริงและสำเนา** ดังนี้
   - บัตรประชาชน ตัวจริงพร้อมสำเนาบัตรประชาชน
   - ทะเบียนบ้าน ตัวจริงพร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน
   - หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (กรณีมีการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุลและมีหลักฐานใดหลักฐานหนึ่งใช้ชื่อ-ชื่อสกุลไม่ตรงกัน) ตัวจริงพร้อมสำเนา
   - ระเบียนแสดงผลการเรียนหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ปพ.1) ตัวจริงพร้อมสำเนา
3. **ตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐ** โดยใช้**แบบฟอร์มตรวจร่างกายตามที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด**ไว้เท่านั้น และ**นำผลการตรวจร่างกายฯ พร้อมใบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล** มายื่นในวันที่รายงานตัวเพื่อเข้ารับการสัมภาษณ์

****หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้ที่ งานทะเบียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ โทร. 02 354 8241 – 2 ต่อ 3303****

(แบบฟอร์มต่างๆ สามารถพิมพ์ได้จากจากระบบรับสมัครฯ หรือจากแนบท้ายประกาศนี้)

สำหรับคณะกรรมการตรวจสอบเอกสาร

○ ต้องมีรายการใดรายการหนึ่ง
☐ ต้องมีทุกรายการ

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
รายการเอกสารหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบเอกสารหลักฐานวันสัมภาษณ์

หลักสูตร .....

ประเภทโควตาที่มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์
○ กรมการแพทย์ [กรมการแพทย์ระบุจังหวัด] ○ บุคคลทั่วไป [บุคคลทั่วไป]
○ รพ.พุทธโสธร [โรงพยาบาลพุทธโสธร ฉะเชิงเทรา] ○ รพ.บ้านแพ้ว [โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สมุทรสาคร]
○ รพ.พระจอมเกล้า [โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จันทบุรี] ○ รพ.อุตรดิตถ์ [โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ อุตรดิตถ์]
○ รพ.ชลประทาน [ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จังหวัดนนทบุรี]
○ รพ.สวรรค์ประชารักษ์ [โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์]
○ รพ.พุทธชินราช [โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก]

ชื่อ – ชื่อสกุล ..... เลขบัตรประชาชน ..... เลขที่ใบสมัคร .....

รายการ	ผลการตรวจสอบ มี		ผ่าน
เอกสารทั่วไป			
1. ใบสมัครที่พิมพ์จากระบบรับสมัครโดยตรง (แบบฟอร์มรหัส entrn001) (ติดรูปถ่ายและลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน)		**1**	
2. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร พร้อมสำเนา		**2**	
3. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (กรณีที่มีหลักฐานใดหลักฐานหนึ่งใช้ชื่อ-ชื่อสกุลไม่ตรงกัน) พร้อมสำเนา		**3**	
4. ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน พร้อมสำเนา		**4**	
5. ทะเบียนบ้านที่ใช้ประกอบการสมัคร พร้อมสำเนา (ระบุกรณีเดียวตามใบสมัคร)		**5**	
○ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของตนเอง ใช้ชุดเดียวกับข้อ 4 (ไม่น้อยกว่า 1 ปี)			
○ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของบิดา ใช้ทะเบียนบ้านที่มีชื่อบิดาของผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน (ไม่น้อยกว่า 5 ปี)			
○ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของมารดา ใช้ทะเบียนบ้านที่มีชื่อมารดาของผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน (ไม่น้อยกว่า 5 ปี)			
○ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้ง ใช้เอกสารดังนี้			
1) ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งของผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน (ไม่น้อยกว่า 5 ปี)			
2) คำสั่งศาลที่ตั้งบุคคลให้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ กรณีที่บิดา มารดาของผู้สมัครไม่มีอำนาจปกครองแล้ว พร้อมสำเนา			
6. ผู้สมัครใช้สิทธิ์บุตรบุคลากร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (บุตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้สิทธิ์นี้ไม่ได้)		**6**	
☐ หลักฐานการเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
○ บิดา ○ มารดา เป็น ○ ข้าราชการ (☐ บำนาญ) ○ ลูกจ้างประจำ ○ พนักงานราชการ ○ พนักงานกระทรวง หลักฐาน ○ บัตรประจำตัว ที่ ..... วันหมดอายุ ../../.. ○ หนังสือรับรอง ที่ ..... ลงวันที่ ../../.. ลงนามโดย นพ.สสจ. หรือ ผอ.รพ.ศูนย์/ทั่วไป			
☐ ทะเบียนบ้านของบิดา/มารดาที่เป็นบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข **ที่แสดงสถานภาพยังมีชีวิตอยู่** พร้อมสำเนา			
7. หลักฐานด้านการศึกษา พร้อมสำเนา		**7**	
○ กรณีผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ระเบียนสะสมแสดงผลการเรียนตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) (รบ.1 หรือ ปพ.1 กรณีที่ รบ.1 หรือ ปพ.1 ไม่ได้สรุปหน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชา ให้มีใบรับรองหน่วยกิตจากสถานศึกษา (แบบฟอร์มรหัส entrn007-2524-33) เพิ่มเติม)			
○ กรณีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการศึกษานอกโรงเรียน เทียบเท่าหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายในระบบโรงเรียน ใช้หลักฐานด้านการศึกษา (**หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงทุกสาขาวิชา ไม่รับการศึกษานอกโรงเรียน**) ดังนี้			
1) ระเบียนสะสมแสดงผลการเรียนหลักสูตรการศึกษานอกโรงเรียน เทียบเท่าหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายในระบบโรงเรียน (กรณีไม่สรุปหน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชา ให้มีหนังสือรับรองหน่วยกิตจาก กศน. แบบฟอร์มรหัส entrn007-NFEdu เพิ่มเติม)			
2) ใบรับรองการศึกษาจากสถานศึกษาที่แสดงเป็นหลักฐานว่าได้ศึกษาภาคปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ สาหรับหมวดวิชาวิทยาศาสตร์			
ก ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) แบบไม่ถ่วงน้ำหนัก O-NET		***ก***	
โปรดตรวจสอบความถูกต้องของ GPAX ในระเบียนสะสมกับข้อมูลผู้สมัครในระบบรับสมัครฯ จากเมนูข้อมูลผู้สมัคร			

	หน่วยการเรียนตามกลุ่มสาระ	GPA	จำนวนหน่วยกิต/หน่วยการเรียน ตามหลักสูตร พ.ศ.2524 (แก้ไข 2533)	พ.ศ.2544 - ปัจจุบัน			
ข	• วิทยาศาสตร์	-	• โครงสร้าง 2 **ไม่น้อยกว่า 25** • โครงสร้าง 3 **ไม่น้อยกว่า 21**	**ไม่น้อยกว่า 22**		***ข***	
ค	• คณิตศาสตร์	-	• โครงสร้าง 1 **ไม่น้อยกว่า 15**	**ไม่น้อยกว่า 12**		***ค***	
ง	• ภาษาอังกฤษ	-	**ไม่น้อยกว่า 12**	**ไม่น้อยกว่า 9**		***ง***	

8. ผลการตรวจร่างกาย ตามแบบรายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา 2561 ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (แบบฟอร์มรหัส entrn004)			**8**	
คุณสมบัติหรือเอกสารเฉพาะ				
9. ส่วนสูง ..... เซนติเมตร			**9**	
• หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ..... ต้องมีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร				
• หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ต้องมีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 155 เซนติเมตร				

กรรมการตรวจเอกสารบันทึก .....

.....

.....

.....

ผู้ตรวจหลักฐานต้องนำข้อมูลของผู้สมัครจากระบบรับสมัครฯ มาใช้เปรียบเทียบกับใบสมัครด้วย
เอกสารที่ระบุมีสำเนา เมื่อตรวจสอบความถูกต้องแล้วให้คืนตัวจริง

ลงชื่อ ..... กรรมการตรวจเอกสาร
(.....)

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... สถานที่เกิด ..... จังหวัด .....

☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ ☐ สมอง ☐ หัวใจ
☐ กระดูก ☐ อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล คือ ..... เมื่อ พ.ศ. .....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ .....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

☐ ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

☐ ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง
(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)

สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มรหัส entrn004

<u>ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก</u>

นายแพทย์,แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกายของ ..... แล้ว ได้ผลดังนี้

<u>ผลการตรวจร่างกายทั่วไป</u> (แนบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)

น้ำหนัก ..... กก. ส่วนสูง ..... ซม. ความดันโลหิต ..... มม.ปรอท ชีพจร ..... ครั้ง/นาที

ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะแขนและมือ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะขาและเท้า	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
กระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
การออกเสียงพูด	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะในช่องปาก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ลักษณะผิวหนัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคเรื้อน	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ระบบประสาท	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
โรคลมชัก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
การมองเห็น (VA) ตามคำอธิบาย ส่วนที่ ๓ ข้อ ๒			
ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ .....
โรคคนเผือก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ .....
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ .....
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ		

<u>ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</u> (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

Urine analysis (UA)

Albumin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Sugar ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Sediments ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)

☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Complete blood count (CBC)

Hemoglobin ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Hematocrit ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Red blood cell morphology

Anisocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Poikilocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Hypochromia ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Microcytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Macrocytosis ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

White blood cell count

Neutrophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Basophl ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Eosinophil ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Lymphocyte ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Monocyte ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

Platelets ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

<u>ผลการตรวจทางรังสีวิทยา</u>

Chest X-rays ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ

<u>ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา</u> จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
- ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
- ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังมีสายตาต่ำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
- ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่

๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติแม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา

๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

๗. โรคเบาหวานทุกระดับ

๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง

๑๐. โรคคนเผือก ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อได้ง่าย

๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็น<u>อุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน</u>ทางการพยาบาลและการสาธารณสุข **โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร** เช่น

- ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดรูป หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดรูป แขน ขา มือ หรือเท้าผิดรูป ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
- ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
- ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
- ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
- ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข