



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา  
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการรับสมัครและคัดเลือก  
เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีความประสงค์จะรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ รายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. หลักสูตรที่เปิดรับสมัคร

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

๒. สถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

๓. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร

๓.๑ มีสัญชาติไทย

๓.๒ มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๓.๓ อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา

๓.๔ เป็นผู้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่มีความพิการ หรือผิดปกติทางด้านร่างกาย และจิตใจ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบอาชีพ

๓.๕ เป็นผู้มีคุณสมบัติดี ไม่เคยมีชื่อเสียงเสียหาย ไม่เคยถูกลงโทษจำคุก โดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากการกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อสมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ

๓.๖ ไม่เป็นภิกษุ สามเณร และนักบวช ตามคำสั่งมหาเถรสมาคม ที่๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๘ กันยายน ๒๕๖๔ เรื่อง กรณีพระภิกษุสามเณรเรียนวิชา หรือสอบแข่งขัน หรือสอบคัดเลือกอย่างคฤหัสถ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

๓.๗ หากเป็นหญิงต้องไม่เป็นผู้ที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์

๔. คุณสมบัติเฉพาะ

๔.๑ โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดพะเยาและจังหวัดเชียงราย ต้องอาศัยอยู่ตามทะเบียนบ้านของตนเอง หรือบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมี

/คำสั่งแต่งตั้งไม่...

คำสั่งแต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๓ ปีติดต่อกัน โดยนับถึงวันเปิดภาคการศึกษา และมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด

๔.๒ ผู้สมัครโครงการบุคคลทั่วไป เป็นผู้ที่มีผู้ล้าเนาตามทะเบียนบ้านของตนเองไม่น้อยกว่า ๑ ปี ติดต่อกัน หรือตามทะเบียนบ้านบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งไม่น้อยกว่า ๕ ปีติดต่อกัน และมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด

#### ๕. เอกสารประกอบการรับสมัคร

๕.๑ รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร

๕.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร และหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๕.๓ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีใช้ภูมิลำเนาของบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งในการสมัครให้ยื่นสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองที่ศาลมีคำสั่งแต่งตั้งจำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๕.๔ สำเนาใบระเบียนแสดงผลการเรียน (รป.๑ หรือ ปพ.๑) ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาตรงกับคุณสมบัติของผู้มีสิทธิสมัคร สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรเทียบเท่า ให้สำเนาผลการเรียนที่สำเร็จการศึกษา จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๕.๕ สำเนาหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบรับรองการผ่านการเกณฑ์ทหาร (ใบ สด.๙) จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๕.๖ หลักฐานการชำระเงินค่าสมัคร คนละ ๓๕๐ บาท

#### ๖. วัน เวลา และวิธีรับสมัคร

๖.๑ วิธีการลงทะเบียนออนไลน์ เริ่มลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยสามารถกรอกข้อมูลของผู้สมัครได้ที่ [www.bcnpy.ac.th](http://www.bcnpy.ac.th) หัวข้อข่าว ประชาสัมพันธ์การรับสมัครนักศึกษาหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมทั้งนำเอกสารหลักฐานประกอบการสมัครมายื่น ณ ห้องวิชาการ อาคาร ๑ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๔๔๓ ๑๗๗๙ ต่อ ๑๔๕ ในวันและเวลาราชการ

๖.๒ การชำระค่าสมัคร ชำระค่าสมัคร (เงินสดเท่านั้น) ณ ห้องการเงิน อาคาร ๓ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จำนวน ๓๕๐ บาท (สามร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ชำระได้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙

#### ๗. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ [www.bcnpy.ac.th](http://www.bcnpy.ac.th) ภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙

## ๘. การตรวจร่างกาย

ผู้สมัครที่มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ต้องนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายและใบสำคัญความเห็นแพทย์ที่รับรองเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ มายื่นในวันสอบคัดเลือก ดังนี้

๘.๑ ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก X-ray

๘.๒ ผลการตรวจปัสสาวะ UA และผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ

๘.๓ ผลการตรวจเลือด CBC

๘.๔ ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg

## ๙. การสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์

ให้ผู้สมัครทุกคนเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ดังนี้

๙.๑ การสอบคัดเลือกภาควิชาการ (น้ำหนักร้อยละ ๖๐) ผู้สมัครเข้ารับการสอบในวันพุธที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. วิชาที่สอบมี ๔ หมวดวิชา ดังนี้ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) ภาษาไทย

๙.๒ การสอบสัมภาษณ์ (น้ำหนักร้อยละ ๔๐) ผู้สมัครเข้ารับการสอบสัมภาษณ์ในวันพุธที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

## ๑๐. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ทางเว็บไซต์ [www.bcpy.ac.th](http://www.bcpy.ac.th) ภายในวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๙

## ๑๑. ค่าลงทะเบียนเรียน

๑๑.๑ ผู้สมัครโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมการสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ) ผู้เข้าศึกษาจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษา และต้องปฏิบัติงานที่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ (สอน.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตามที่สมัคร และได้รับการคัดเลือก หลังสำเร็จการศึกษา

๑๑.๒ โครงการบุคคลทั่วไป ผู้เข้าศึกษาจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการศึกษาด้วยตนเอง และไม่มีภาระผูกพันการจ้างงานเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยมีค่าลงทะเบียนเรียนตลอดหลักสูตร ๔๕,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นห้าพันบาท) แบ่งการชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน เป็น ๓ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ ๑ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท, ครั้งที่ ๒ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท และครั้งที่ ๓ จำนวน ๕,๐๐๐ บาท

๑๒. ปฏิทินการรับสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลตามเอกสารแนบท้าย ภาคผนวก ๑ อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้ สามารถติดตามรายละเอียดเพิ่มเติมทางเว็บไซต์ [www.bcpy.ac.th](http://www.bcpy.ac.th)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๙

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์กฤตพัทธ์ ฝึกฝน)

รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

## ภาคผนวก ๑

ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกปีการศึกษา ๒๕๖๙

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา
๑.	ประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปีการศึกษา ๒๕๖๙ - ลงทะเบียนสมัครทางเว็บไซต์ <a href="http://www.bcnpy.ac.th">http://www.bcnpy.ac.th</a> - ชำระค่าสมัคร (เงินสดเท่านั้น) ณ ห้องการเงิน อาคาร ๓ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา จำนวน ๓๕๐ บาท (สามร้อยห้าสิบบาทถ้วน) - ส่งเอกสารการสมัครที่ ฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา อาคาร ๑ ชั้น ๑ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา	ระหว่างวันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๙ - ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ (วันและเวลาราชการ)
๒.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบคัดเลือก โดยการสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ และสถานที่สอบ ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.bcnpy.ac.th">http://www.bcnpy.ac.th</a> - ผู้ผ่านการคัดเลือกตรวจร่างกาย และนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายและใบสำคัญความเห็นแพทย์ มายื่นในวันสอบคัดเลือก	ภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙
๓.	การสอบคัดเลือก - สอบภาควิชาการ ๔ หมวดวิชา คือ (๑) ภาษาอังกฤษ (๒) คณิตศาสตร์ (๓) วิทยาศาสตร์ (๔) ภาษาไทย - สอบสัมภาษณ์	วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๙ สอบข้อเขียน เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. สอบสัมภาษณ์ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
๔.	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลผู้ทางเว็บไซต์ <a href="http://www.bcnpy.ac.th">http://www.bcnpy.ac.th</a>	วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๙
๕.	ชำระค่าลงทะเบียนเรียนครั้งที่ ๑ (โครงการบุคคลทั่วไป) - จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) (ผู้ที่ไม่ชำระเงินในช่วงเวลาดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา)	ระหว่างวันที่ ๕ - ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๙
๖.	รายงานตัวและปฐมนิเทศ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา	ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๙
๗.	เปิดการเรียนการสอน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ เรียน วันศุกร์ - วันอาทิตย์ (ระยะเวลาศึกษา ๑ ปี)	วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๙

สำหรับติด  
รูปถ่าย  
ขนาด ๓x๔ ซม.  
หรือ ๑.๕ นิ้ว

ใบแสดงความจำนงสมัครเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ประเภท โครงการบุคคลทั่วไปและโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์  
ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ) ปีการศึกษา ๒๕๖๙

ลำดับที่..... โครงการบุคคลทั่วไป

ลำดับที่..... โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อ  
ระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ (๙ หมอ)

โปรดระบุ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

### ๑. ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้าชื่อ  นาย  นาง  นางสาว ชื่อ ..... นามสกุล .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- วัน/เดือน/ปีเกิด .....

อายุ ..... ปี สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่าร้าง เชื้อชาติ..... สัญชาติ .....

ศาสนา ..... อาชีพปัจจุบัน ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน .....ตำบล /แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ ..... E-mail .....

### ๒. ประวัติการศึกษาของผู้สมัคร

๒.๑ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่าตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง  
จากโรงเรียน .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ได้คะแนนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร .....

๒.๒ วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุด .....

สถาบันการศึกษา ..... พ.ศ. ที่สำเร็จการศึกษา .....

### ๓. คุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้สมัคร

#### ๓.๑ ภาวะสุขภาพ

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีประวัติเป็นโรคจิต โรคประสาทและปราศจากโรค หรืออาการของโรค หรือความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองภาวะสุขภาพของตนเองได้

#### ๓.๒ ความประพฤติ

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และไม่ เป็นผู้ที่ถูกลงโทษเนื่องจากกระทำความผิดหรือร่วมกระทำการทุจริตในการสอบวัดความรู้เพื่อ สมัครเข้าศึกษาในสถาบันใด ๆ

ข้าพเจ้าไม่สามารถรับรองความประพฤติของตนเองได้

/๔. ประวัติ...

#### ๔. ประวัติส่วนตัว

๔.๑ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกระหว่างการสมัครเข้ารับการศึกษา เลขที่ ..... หมู่ที่ .....  
ตรอก/ซอย ..... แขวง/ตำบล ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....  
โทรศัพท์มือถือ ..... E-mail .....

๔.๒ ประวัติการศึกษา/การทำงาน (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ปัจจุบันกำลังศึกษาหลักสูตร ..... ชั้นปีที่.....  
สถานศึกษา .....
- ปัจจุบันทำงาน ตำแหน่ง (ระบุ).....  
สถานที่ทำงาน .....  
ที่อยู่ .....

#### ๕. เอกสารการสมัคร (ลงนามรับรองสำเนาเอกสารถูกต้องทุกใบ)

- สำเนาบัตรประชาชน  
 สำเนาทะเบียนบ้าน  
 สำเนาวุฒิการศึกษา  
 หลักฐานการเปลี่ยนชื่อสกุล (ถ้ามี)  
 หนังสือส่งรายชื่อจาก รพ.สต. (กรณีสมัครโครงการฯ ๙ หมอ)  
 เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครถูกต้องทุกประการ หากมีข้อความข้างต้นหรือหลักฐาน  
ที่แสดงเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเป็นผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หรือ  
พันธภาพการเป็นผู้เข้าศึกษา แม้จะเข้าศึกษาในหลักสูตรดังกล่าวแล้วก็ตาม

ลงชื่อ ..... ผู้แสดงความจำนงเข้าศึกษา  
(.....)

หมายเหตุ: การศึกษาหลักสูตรดังกล่าวนี้ไม่มีผลผูกพันในการรับเข้าทำงานหรือบรรจุรับราชการ



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ

กระดูก  อื่นๆ ระบุ .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ ..... เมื่อ พ.ศ. ....

ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา ..... อายุ ..... ปี

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

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

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัว คือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)



**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....

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

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

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก .....	กก.	ส่วนสูง .....	ซม.	ความดันโลหิต .....	มม.ปรอท	ซีพจร .....	ครั้ง/นาที
ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะแขนและมือ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะขาและเท้า	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
การออกเสียงพูด	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะในช่องปาก	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะผิวหนัง	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
โรคเรื้อน	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ระบบประสาท	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
โรคเท้าช้าง	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
การมองเห็น (VA) กรมาระบุการอ่านคำสายตา							
ตาขวา	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ตาซ้าย	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา					
	<input type="checkbox"/>	เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			ระบุ .....		
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 .....		
จมูก	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ต่อมไทรอยด์	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ต่อมน้ำเหลือง	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
โรคจิต สุขภาพจิต	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา					
	<input type="checkbox"/>	เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			ระบุ .....		
โรคคนเฝ้า	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ .....		
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ .....		
ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ					ระบุ .....		



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

๑. Urine analysis (UA)

Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)

ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

๒. 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 .....

Basophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Eosinophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Lymphocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Monocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Platelets  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

๓. ผลการตรวจโรคไวรัสตับอักเสบบี HBsAg  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

๔. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

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

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล .....

มีสุขภาพ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

และภาวะสุขภาพ  ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)