



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้ประกาศรับสมัครบุคคลทั่วไปสอบคัดเลือกเข้าศึกษา  
ในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และได้ดำเนินการสอบข้อเขียน เมื่อวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๒ และ  
สอบสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒ นั้น

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตร  
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับการชำระค่าลงทะเบียนเรียน การตรวจร่างกาย  
และการรายงานตัวเข้าศึกษาดังต่อไปนี้

- ก) รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ (ตามเอกสารแนบ ๑)
- ข) การรายงานตัว  
ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษารายงานตัวในวันศุกร์ที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น.  
ณ ห้องวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
- ค) การชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน  
ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ชำระค่าลงทะเบียนเรียน จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)  
โดยแบ่งจ่าย ๒ งวด ดังนี้  
ครั้งที่ ๑ ชำระเงินจำนวน ๒๕,๐๐๐ บาท ในวันรายงานตัว  
ครั้งที่ ๒ ชำระเงินจำนวน ๒๕,๐๐๐ บาท ใน ๑ สัปดาห์ก่อนเปิดภาคการเรียนที่ ๒  
หมายเหตุ เมื่อ กรณีผู้เข้าศึกษาสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงิน  
ค่าลงทะเบียนทุกกรณี
- ง) การตรวจร่างกาย ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องดำเนินการตรวจร่างกายโดยโรงพยาบาล  
ของรัฐประจำจังหวัดเท่านั้น (ตามเอกสารแนบ ๒) และนำผลการตรวจมาด้วยในวันที่มา  
รายงานตัวเข้าศึกษา

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน และหากไม่มารายงานตัว ตามวัน เวลาที่วิทยาลัยฯ  
ได้แจ้งให้ทราบ จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นางนฤมล เอนกวิทย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

## บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๔

ลำดับ	รหัสผู้สอบ	ชื่อ	สกุล
๑	๖๒๒๗๐๖๐๐๑	นางสาวศิริวรรณ	คำเจริญ
๒	๖๒๒๗๐๖๐๐๔	นางวรรัญญา	โถมสะอาด
๓	๖๒๒๗๐๖๐๐๙	นางสาวแววดารัตน์	คำสุทธิ
๔	๖๒๒๗๐๖๐๑๐	นางสาวกัลยรัตน์	วงษ์อาสา
๕	๖๒๒๗๐๖๐๑๓	นางสาวฐิตารีย์	มั่งทอง
๖	๖๒๒๗๐๖๐๑๔	นางสาวพัชรียา	ปะวานะศรี
๗	๖๒๒๗๐๖๐๑๖	นายธนะเมษฐ์	เจริญศิริรักษ์
๘	๖๒๒๗๐๖๐๑๗	นางสวานันทกา	เมฆวัน
๙	๖๒๒๗๐๖๐๑๘	นางสาวปานทิพย์	พาลีก
๑๐	๖๒๒๗๐๖๐๑๙	นางสาวพรรณนิภา	บุญนิตี
๑๑	๖๒๒๗๐๖๐๒๐	นางสาวสุณัฐา	โหนองบั้ง
๑๒	๖๒๒๗๐๖๐๒๑	นางสาวรุ่งจิรา	ขันอาสา
๑๓	๖๒๒๗๐๖๐๒๔	นางสาวลักษณี	จงดา
๑๔	๖๒๒๗๐๖๐๒๕	นางสาวนิสาชล	ทองโต
๑๕	๖๒๒๗๐๖๐๒๖	นางสาวพิชญา	มะฮาด
๑๖	๖๒๒๗๐๖๐๒๗	นายประสิทธิ์ผล	สัจจวานิชย์
๑๗	๖๒๒๗๐๖๐๒๘	นางสาวจิรวรรณ	อ่อนโนนเขวา
๑๘	๖๒๒๗๐๖๐๓๑	นางสาวพรชิตา	เพี้ยกฤษ
๑๙	๖๒๒๗๐๖๐๓๒	นางสาวธัญพิชชา	สาคะศุภฤกษ์
๒๐	๖๒๒๗๐๖๐๓๖	นางสวานุชนาฏ	กาญจนสาร
๒๑	๖๒๒๗๐๖๐๓๐	นางสาวทัศนีย์	ดาวศรี
๒๒	๖๒๒๗๐๖๐๐๕	นางสาวพรพรรณ	ทวยเวียง
๒๓	๖๒๒๗๐๖๐๐๒	นางสาววิชชุดา	หาจันทร์
๒๔	๖๒๒๗๐๖๐๓๓	นางสาวปริญฉัตร	ทบวงษ์ศรี

(นางนฤมล เอนกัทย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๘  
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  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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 หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง  
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับรอง

(หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล)

สำหรับบุคลากรผู้ช่วยบริการพยาบาลในโรงพยาบาล

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับรอง

(ผู้ปกครอง)

สำหรับบุคคลทั่วไป



**ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก**

นายแพทย์,แพทย์หญิง \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_  
 สถานที่ปฏิบัติงาน \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม \_\_\_\_\_ ได้ตรวจร่างกายของ \_\_\_\_\_ แล้ว  
 ได้ผลดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก _____ กก. ส่วนสูง _____ ซม. ความดันโลหิต _____ มม.ปรอท ชีพจร _____ 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 _____
โรคเรื้อรัง	<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) ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
การมองเห็น (VA) 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 _____
ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ	ระบุ _____		
	_____		
	_____		
	_____		



**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (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 \_\_\_\_\_
- Basophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_
- Eosinophil  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_
- Lymphocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_
- Monocyte  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_

- Platelets  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา**

- Chest X-rays  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_  
มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



**ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็โรครประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้**

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแมสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้แยกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
  - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอก
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
  - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ 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