



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล


ตามที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้ประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
ในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และได้ดำเนินการสอบสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ ๒๓ มิถุนายน
๒๕๖๑ นั้น

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตร
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับการรายงานตัว การชำระค่าลงทะเบียนเรียน และ
การตรวจร่างกายดังต่อไปนี้

- ก) รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ (ตามเอกสารแนบ ๑)
- ข) การรายงานตัว
ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษารายงานตัวในวันที่ ๑๖-๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ -
๑๕.๐๐ น. ณ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
- ค) การชำระค่าลงทะเบียนเรียน
ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาประเภทบุคคลทั่วไป ชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน จำนวน ๕๐,๐๐๐
บาท โดยแบ่งจ่าย ๒ งวดดังนี้
ครั้งที่ ๑ ชำระเงินจำนวน ๒๕,๐๐๐ บาท ในวันรายงานตัว
ครั้งที่ ๒ ชำระเงินจำนวน ๒๕,๐๐๐ บาท ใน ๑ สัปดาห์ก่อนเปิดภาคเรียนที่ ๒
- ง) การตรวจร่างกาย ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องดำเนินการตรวจร่างกายโดยโรงพยาบาล
ของรัฐประจำจังหวัดเท่านั้น (ตามเอกสารแนบ ๒) และนำผลการตรวจมาด้วยในวันที่มา
รายงานตัวเข้าศึกษา

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน และหากไม่มามีรายงานตัว ตามวัน เวลาที่วิทยาลัยฯ
ได้แจ้งให้ทราบ จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑


(นางนอมล เอนกวิทย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

แนบท้ายประกาศฯ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๑

บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๓

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล
ประเภทบุคคลทั่วไป จำนวน ๓๐ ราย ดังนี้	
๑	นางสาวมนต์บุชา โยธาแก้ว
๒	นางสาวจิราพร สีหามายา
๓	นางสาวเกษมณี นามบุญลือ
๔	นางสาวรัตน์จิราพร ดุ้ยมา
๕	นางสาวบุษญากร ทิพพิชัย
๖	นางสาวเสาวลักษณ์ ศรีภูรัตน์
๗	นางสาวสุกัญญา พิมพ์สังข์
๘	นางสาวอมรรรัตน์ ยศอัน
๙	นายจักรี ศรีระออง
๑๐	นางสาวรุ่งฟ้า ดาแสง
๑๑	นางสาวปิยะพร สุขเจริญ
๑๒	นางสาวลัดดาวัลย์ ปิ่นกะสา
๑๓	นางสาวธิดารัตน์ แสนนุภาพ
๑๔	นางสาวมุกิตา จันทะค้อม
๑๕	นางสาวจุฑามาศ อันมาก
๑๖	นางสาวยลลดา ควนสันเทียะ
๑๗	นางสาวศศิวรรณ ศรีทะ
๑๘	นางสาวศิริพร ศรีโย
๑๙	นางสาวจirnันท์ ทิพมะณี
๒๐	นายนพรัตน์ ปะมากะตั้ง
๒๑	นางสาวอริสา ศรีปัดเนตร
๒๒	นางกมลชนก พิจารณ์

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	
๒๓	นางสาวเมธินุช	นิลเนตร
๒๔	นางสาวณัฐชยา	มัชปะโม
๒๕	นางสาวประภาพร	หาระสาร
๒๖	นายภาณุสิทธิ์	ศรีภักดี
๒๗	นางสาวกิตติมา	ตรงใจ
๒๘	นางสาวณิษกานต์	นามวิเศษ
๒๙	นางสาวภัทราภรณ์	สีสมเตรียม
๓๐	นางสาวน้ำฝน	รักวิชา
ประเภทโควตา จำนวน ๓ ราย ดังนี้		
โควตาสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗		
๑	นางสาวจิราพร	พิมเห็ม
๒	นายสุภดิษฐ์	ศิริจันทร์
โครงการผลิตพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัด ชายแดนตามรอยสมเด็จพระเจ้า		
๓	นางสาวเยาวรัตน์	สิงโต



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
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 _____

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับตัวที่โรงพยาบาล 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

(ผู้ปกครอง)



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 _____		
โรคคนเฟื่อง	<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 (มอร์ฟิน, 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 _____

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X-rays ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว _____ นามสกุล _____

มีสุขภาพอยู่ในประเภท ปกติ ผิดปกติ ระบุ _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)
แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



ส่วนที่ ๓. คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแมสี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาช่วงใดข้างหนึ่ง 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 ที่จะส่งผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความเสี่ยงก่อให้เกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษ
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเฝ้าก
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
 - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ เช่น ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปาก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
 - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
 - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข