



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้ประกาศรับสมัครบุคคลทั่วไป เพื่อสอบคัดเลือก เข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และได้ดำเนินการสอบสัมภาษณ์ เมื่อวันที่อาทิตย์ที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๐ นั้น

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับการชำระค่าเล่าเรียน การตรวจร่างกาย และการรายงานตัวเข้าศึกษาดังต่อไปนี้

- ก) รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ (ตามเอกสารแนบ ๑)
- ข) การชำระเงินค่าบำรุงการศึกษาและค่าเล่าเรียน
ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ชำระเงินค่าลงทะเบียน จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)
ในวันที่มารายงานตัวเข้าศึกษาคือวันจันทร์ที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๐
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
- ค) การตรวจร่างกาย ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องดำเนินการตรวจร่างกายโดยโรงพยาบาล
ของรัฐ (ตามเอกสารแนบ ๒) และนำผลการตรวจมาด้วยในวันที่มารายงานตัวเข้าศึกษา

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน และหากไม่มารายงานตัว ตามวัน เวลาที่วิทยาลัยฯ
ได้แจ้งให้ทราบ จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

(นางนอมล เอนกวิทย์)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

แนบท้ายประกาศ ฯ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐
บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ที่	เลขที่	ชื่อ	นามสกุล	หมายเหตุ
๑	๕๙๒๗๐๖๐๓๑	นางสาวบุษกร	ปัตตายะโส	
๒	๕๙๒๗๐๖๐๕๖	นางสาวอัญญาภัทร	วิละหา	
๓	๕๙๒๗๐๖๐๑๔	นางสาวสุภาพร	คำโพธิ์	
๔	๕๙๒๗๐๖๐๐๔	นางสาวอัญมณี	ชาฤทธิ์	
๕	๕๙๒๗๐๖๐๑๙	นางสาวสุทธิกานต์	ชุ่นชวาน	
๖	๕๙๒๗๐๖๐๖๕	นางสาวกัญญ์รัตน์	โคชา	
๗	๕๙๒๗๐๖๐๕๘	นางสาวนันทน์ภัส	จำปาแดง	
๘	๕๙๒๗๐๖๐๖๒	นางสาวสุรินทร์	สารางคำ	
๙	๕๙๒๗๐๖๐๓๘	นายพิทกุล	รักษาสีทธิ	
๑๐	๕๙๒๗๐๖๐๔๖	นางสาวนภาพร	ประทับใจ	
๑๑	๕๙๒๗๐๖๐๕๑	นางสาวชลกานต์	มหาลา	
๑๒	๕๙๒๗๐๖๐๒๖	นางสาวกมลชนก	ปลาบึง	
๑๓	๕๙๒๗๐๖๐๐๕	นางสาวลัดดาวัลย์	พานิชศิริ	
๑๔	๕๙๒๗๐๖๐๓๒	นางสาวอุไรวรรณ	ตุ้ยกระโทก	
๑๕	๕๙๒๗๐๖๐๔๗	นางสาวสุกัญญา	น้อยสองชั้น	
๑๖	๕๙๒๗๐๖๐๒๘	นางสาวจิรวรรณ	จรนนท์	
๑๗	๕๙๒๗๐๖๐๓๕	นางสาวจิรวรรณ	ศรีสอนดี	
๑๘	๕๙๒๗๐๖๐๖๑	นางสาวพาวินี	คำสมัย	
๑๙	๕๙๒๗๐๖๐๒๑	นางสาวกรกานต์	ปัตตาลาคะ	
๒๐	๕๙๒๗๐๖๐๒๕	นางสาวอรรวี	สีสุแล	
๒๑	๕๙๒๗๐๖๐๓๖	นางสาวศิริรัตน์	วงศ์คำจันทร์	
๒๒	๕๙๒๗๐๖๐๖๖	นางสาวกัญญาณัฐ	ชิวิชัย	
๒๓	๕๙๒๗๐๖๐๑๖	นางสาวจรีพรรณ	เวียงชัย	
๒๔	๕๙๒๗๐๖๐๕๒	นางสาวปณยวีร์	โพธิ์แก้ว	
๒๕	๕๙๒๗๐๖๐๖๓	นางสาวเพ็ญภา	บัวบาน	
๒๖	๕๙๒๗๐๖๐๓๐	นายเนติพงษ์	ทองหนองบัว	
๒๗	๕๙๒๗๐๖๐๓๔	นางสาวภักควดี	ข้าขันมะลี	
๒๘	๕๙๒๗๐๖๐๖๐	นางสาวชานภา	แก้วบุโฮม	

[Handwritten signature]



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 สมอ หัวใจ
 กระดูก อื่นๆ ระบุ

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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

(ผู้ปกครอง)


ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์, แพทย์หญิง นามสกุล

สถานที่ปฏิบัติงาน อำเภอ/เขต จังหวัด

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ได้ตรวจร่างกายของ แล้ว
 ได้ผลดังนี้

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก	กก. ส่วนสูง	ชม.	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			
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) 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			
โรคคนเผลอก	<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, แอม.ฟตามีน 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 และไม่โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า ๒/๑๒ หรือ ๒๐/๕๐
 - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีส่วนต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความโน้มเอียงเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอก
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
 - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าบึก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
 - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
 - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข