



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสอบข้อเขียนและสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๓ (รอบพิเศษ)

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้ประกาศรับสมัครบุคคลทั่วไป(รอบพิเศษ) เพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และได้ดำเนินการสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑ นั้น

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบข้อเขียนและสัมภาษณ์ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๓ (รอบพิเศษ) พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย การรายงานตัว และการชำระค่าลงทะเบียนเรียนดังต่อไปนี้

- ก) รายชื่อผู้ผ่านการสอบข้อเขียนและสัมภาษณ์ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ (ตามเอกสารแนบ ๑)
- ข) การตรวจร่างกาย ผู้ผ่านการสอบข้อเขียนและสัมภาษณ์จะต้องดำเนินการตรวจร่างกายโดย  
โรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัดเท่านั้น ทั้งนี้ต้องมีคุณลักษณะด้านสุขภาพที่ไม่เป็น  
อุปสรรคต่อการศึกษา (ตามเอกสารแนบ ๒) และนำผลการตรวจมาด้วยในวันที่มารายงานตัว  
เข้าศึกษา
- ค) การรายงานตัว  
ให้มารายงานตัวในวันอังคารที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ห้องวิจัย  
และบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
- ง) การชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน  
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 สัปดาห์ก่อนเปิดภาคการศึกษาที่ ๒  
หมายเหตุ เมื่อ ผู้เข้าศึกษาลงทะเบียนเรียนเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าศึกษาผู้นั้นสละสิทธิ์ในการ  
เข้าศึกษา ต้องการขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ต้องดำเนินการขอรับคำร้องขอคืนเงินภายใน  
๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ลงทะเบียนเรียน มิฉะนั้นหากพ้นกำหนดดังกล่าววิทยาลัยถือว่าท่าน  
สละสิทธิ์ในการขอคืนเงินทุกกรณี

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน และหากไม่มารายงานตัว ตามวัน เวลาที่วิทยาลัยฯ  
ได้แจ้งให้ทราบ จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นางนิสากร วิบูลชัย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๓ (รอบพิเศษ)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล
๑	นางสาวศุภางค์ หล้ามูล
๒	นายธรรมบุญ ลาสนาม
๓	นางสาวอรทัย สุวรรณใจ
๔	นางสาวรุ่งนภา ต่างใจเย็น



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 \_\_\_\_\_
- 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 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/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความเสี่ยงเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
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 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