



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๕ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ตามที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประกาศคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๕ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ และได้ทำการสอบคัดเลือกบุคคลโดยการประเมินความรู้พื้นฐานจากการสอบข้อเขียนและการสอบสัมภาษณ์ ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ บัดนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประมวลผลผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว วิทยาลัยฯ จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๕ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ จำนวน ๓๕ คน ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ขอให้ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกฯ ส่งเอกสารหลักฐานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน โดยส่งผลการตรวจมาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail: Tipanan@bcnph.ac.th ตั้งแต่วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ รายละเอียดแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจร่างกายตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายเชษฐา แก้วพรม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๕ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล
๑	นางสาวกนกพรรณ บั้นจาด
๒	นางสาวอังคณา สุดเสนห์
๓	นางสาวกนกวรรณ จีนา
๔	นางสาวเพ็ญพรรณ อินทอง
๕	นางสาวพรทิพย์ กบคำ
๖	นางสาวมัทนา เจริญผล
๗	นางสาวอัญชลี เฟ่งพินิจกุล
๘	นายภาณุพงศ์ สวัสดิวัฒน์ ณ อยู่ธยา
๙	นางสาวกรรณิการ์ ชั่งดี
๑๐	นางสาวธัญชนก ยศเลิศ
๑๑	นางสาวปราณปรียา พรมพั่ง
๑๒	นางสาวอินทิรา พุด้อย
๑๓	นางสาวศยามล พลการ
๑๔	นางสาวพิมพ์วิภา กุลยาปอ
๑๕	นางสาวชนภา คำชาวงศ์
๑๖	นางสาวปริชาติ แสงลาภ
๑๗	นางสาวสิรินทรา ภิชัย
๑๘	นางสาวจิรัชญา วัฒนสมบัติ
๑๙	นางสาวภาณุมาศ ฤกษ์แก้ว
๒๐	นางสาวกนกวรรณ นพรัตน์
๒๑	นางสาวปณิสรา ชัยนิชู
๒๒	นายนพดล พิมพ์า
๒๓	นายอรรถกร ชมภู
๒๔	นางสาววรรณวิสาข์ แซ่ซัง
๒๕	นางสาวนิกส์นิภา เลิศอัมรานนท์
๒๖	นางสาวภัทราวดี รวมคำ
๒๗	นางสาวศศิวิมล ไชยสกุล
๒๘	นางสาวชลลดา คำยันต์

105/14

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	
๒๙	นางสาวเพชรรัตน์	ธนะวงศ์
๓๐	นางสาวเมษา	ดีสม
๓๑	นางสาวสาวินี	ปิงปัญญา
๓๒	นางสาวสุวรรณี	แยงคำ
๓๓	นางสาวนิภาพร	ดีแก้ว
๓๔	นายไกรวิด	ขวัญอยู่
๓๕	นางสาวสุวิชาดา	จันทวงศ์

Handwritten signature



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑. ผู้มีสิทธิเข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สถานที่เกิด จังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิเข้าศึกษา

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 ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ

(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)



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	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะแขนและมือ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะขาและเท้า	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
กระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
การออกเสียงพูด	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะในช่องปาก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ลักษณะผิวหนัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
โรคเรื้อรัง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ		
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ระบบประสาท	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ		
โรคลมชัก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ		
การมองเห็น (VA) กรุณาระบุการอ่านคำสายตา					
ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา				
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ		
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา				
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ		
โรคคนเฝ้า	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ		
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ 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 ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลักษณะการประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลักษณะการประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)