



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ตามที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประกาศคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ และได้ทำการสอบคัดเลือกบุคคลโดยประเมินความรู้พื้นฐานจากการสอบข้อเขียนและการสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๖ บัดนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประมวลผลผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว วิทยาลัยฯ จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ จำนวน ๓๓ คน ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ขอให้ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกฯ ส่งเอกสารหลักฐานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน รายละเอียดแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจร่างกายตามเอกสารแนบท้าย ผช.๐๐๑ โดยส่งผลการตรวจมาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail: Tipanan@bcnph.ac.th ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายปิ่นนเรศ กาศอุดม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	
๑	นางสาวรัตติภรณ์	จิราช
๒	นายธนะชัย	ถึงคุณ
๓	นางสาวศิริประภา	วงศ์ตะวัน
๔	นางสาวกรรณิการ์	ภาสกรหิรัญ
๕	นางสาวปลายฟ้า	ดุเหว่า
๖	นางสาวจุฑามาศ	คำฟอง
๗	นางสาวธนภรณ์	หินอ่อน
๘	นางสาวศุภัช	รัศมีเดือน
๙	นายกิตตินันท์	จันทร์จุ่น
๑๐	นางสาวนิตยา	จาดแห
๑๑	นายธวัชรรัตน์	ผิวแดง
๑๒	นางสาวชลธิชา	แช่ย่าง
๑๓	นายเทพฤทธิ	คำอ้วน
๑๔	นางสาวสุภัชญา	สาคร
๑๕	นางสาวธัญธิดา	พุดตรง
๑๖	นางสาวอารียา	ยอดน้อย
๑๗	นางสาวกานต์ธิดา	อุอินทร์
๑๘	นางสาวนันทนัช	มุดยะ
๑๙	นายวัชรพงษ์	เนदन้อย
๒๐	นางสาวชฎาพร	ศรีทา
๒๑	นางสาวภัทรวดี	จันทร์ใส
๒๒	นางสาวนุชจณี	จันทัก
๒๓	นางสาวรัตนภรณ์	ทองเพ็ญ
๒๔	นางสาวณัฐนิชา	ปาละ
๒๕	นายเมธิชัยย์	เหล่ายาว
๒๖	นางสาวกนิษฐา	ชำนาญเวช
๒๗	นางสาวอภิญา	แก้วมา
๒๘	นางสาวพิทยารัตน์	ผื่นหลี

๕๓

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	
๒๙	นางสาวชรินทร์น์	ชะเต
๓๐	นางสาวนรินทร์รักษ์	ประสงคราม
๓๑	นายอินทรกร	พิมสา
๓๒	นางสาวสิรินดา	ปลอดโปร่ง
๓๓	นางสาวตรุณี	ยวนสี

๖
๖๖ ๖๖๖



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	<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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา					
ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ	.....	.....
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	.....	.....
โรคคนเฝือก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ	.....	.....
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> 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 ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลัทธิธรรมประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลัทธิธรรมประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)