



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่  
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์  
เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (รอบเพิ่มเติม) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ตามที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประกาศรับสมัครคัดเลือกผู้เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (รอบเพิ่มเติม) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ในระหว่างวันที่ ๒๐ มิถุนายน ถึง วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ในการนี้ ได้สิ้นสุดการรับสมัครคัดเลือกหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลแล้ว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (รอบเพิ่มเติม) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการสอบคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์  
โครงการบุคคลทั่วไป

| ลำดับ | เลขประจำตัวผู้สอบ | ชื่อ - สกุล             |
|-------|-------------------|-------------------------|
| ๑     | ๖๘๐๐๐๐๐๐๑         | นางสาวธัญลักษณ์ ชมภูแสน |
| ๒     | ๖๘๐๐๐๐๐๐๒         | นางสาวอมพลอย สมอทอง     |

โครงการแผน ๙ หมอ

| ลำดับ | เลขประจำตัวผู้สอบ | ชื่อ - สกุล             |
|-------|-------------------|-------------------------|
| ๑     | ๖๘๐๐๐๐๐๐๓         | นางสาวขวัญภรณ์ เชื้อนสี |
| ๒     | ๖๘๐๐๐๐๐๐๔         | นายจิรายุ ชมภูพาส       |

ข. การตรวจร่างกาย

ผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกต้องนำหลักฐานผลการตรวจร่างกายและใบสำคัญความเห็นแพทย์ที่รับรองเกี่ยวกับโรคและความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ มายื่นในวันสอบคัดเลือก รายละเอียดแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจร่างกายตามเอกสารแนบท้าย ผช๐๐๑ และ ผช๐๐๒

ค. กำหนดวัน เวลาและสถานที่ในการสอบคัดเลือกภาควิชาการและการสอบสัมภาษณ์ ดังนี้

| วิธีการประเมิน                                                                                                                           | วัน เวลา สถานที่                                                                                                                                                 | ลำดับผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>การสอบคัดเลือกภาควิชาการ</u><br>- ๔ หมวดวิชา คือ ภาษาอังกฤษ<br>คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และ<br>ภาษาไทย<br>(ให้นำดินสอ ๒B มาใช้ในการสอบ) | <u>วันจันทร์ที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘</u><br><u>เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น.</u><br>ณ ห้องประชุม ๒๒๐๕ ชั้น ๒ อาคารเรียน<br>และหอนอน ๑๑ ชั้น วิทยาลัยพยาบาล<br>บรมราชชนนี แพร่ | <u>โครงการบุคคลทั่วไป</u><br>ผู้สมัคร ลำดับที่ ๑ - ๒<br><br><u>โครงการแผน ๙ หมอ</u><br>ผู้สมัคร ลำดับที่ ๑ - ๒ |
| <u>การสอบสัมภาษณ์</u>                                                                                                                    | <u>วันจันทร์ที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๘</u><br><u>เวลา ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.</u><br>ณ ห้องประชุม ๒๒๐๕ ชั้น ๒ อาคารเรียน<br>และหอนอน ๑๑ ชั้น วิทยาลัยพยาบาล<br>บรมราชชนนี แพร่ |                                                                                                                |

ง. ระเบียบปฏิบัติการสอบภาควิชาการ ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกปฏิบัติตามระเบียบ ดังนี้

๑. แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อยตามประเพณีนิยมสวมรองเท้าหุ้มส้นและประพาดติดเป็นสุภาพชน
๒. ผู้สมัครต้องนำบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ๆ ที่ทางราชการออกให้ไปในวันประเมินฯ หากไม่มีบัตรใดบัตรหนึ่ง กรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการประเมินอาจพิจารณาไม่อนุญาตให้เข้ารับการประเมินฯ ก็ได้
๓. การเข้ารับการสอบภาควิชาการ (สอบข้อเขียน) ต้องปฏิบัติดังนี้
  - ๓.๑ ห้ามนำเครื่องมือและอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเข้าไปในห้องสอบ
  - ๓.๒ ควรไปถึงสถานที่สอบก่อนเริ่มเวลาไม่น้อยกว่า ๓๐ นาที แต่จะเข้าห้องสอบได้ก็ต่อเมื่อได้รับอนุญาตจากกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ
  - ๓.๓ ต้องเชื่อฟังปฏิบัติตามคำสั่งและคำแนะนำของกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบโดยเคร่งครัด
  - ๓.๔ ผู้เข้าสอบที่ไปถึงห้องสอบหลังจากเวลาที่กำหนดเริ่มสอบในตารางสอบไปแล้ว ๓๐ นาที จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าสอบ
  - ๓.๕ ผู้เข้าสอบจะต้องนั่งสอบตามที่นั่งสอบและห้องสอบที่กำหนดเท่านั้น
  - ๓.๖ ถ้าสอบเสร็จก่อนเวลาและส่งคำตอบแล้วต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบก่อน จึงจะออกจากห้องสอบได้
  - ๓.๗ เมื่อหมดเวลาแล้ว และคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบให้หยุดทำคำตอบจะต้องหยุดทันที แต่จะออกจากห้องสอบได้ก็ต่อเมื่อคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบได้อนุญาตแล้ว
  - ๓.๘ เมื่อสอบเสร็จแล้ว ต้องไปจากสถานที่สอบโดยพลัน ห้ามติดต่อกับผู้อื่นที่ยังไม่ได้เข้าสอบ และต้องไม่กระทำการใด ๆ อันเป็นการรบกวนผู้ที่ยังสอบอยู่

๓.๙ ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะนี้ หรือผู้ใดทุจริตหรือพยายามทุจริต อาจไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ารับการประเมินสมรรถนะและคณะกรรมการดำเนินการสอบจะพิจารณาสั่งงดการให้คะแนนก็ได้

๔. ผู้ใดไม่มาภายในกำหนดวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ถือว่าสละสิทธิ

จ. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา ในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ทางเว็บไซต์ [www.bcnph.ac.th](http://www.bcnph.ac.th)

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิกร จันภิรม)

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่



คณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก  
กระทรวงสาธารณสุข

พ.ช.๐๐๑

รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

๑. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

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

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

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 ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

## ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์/แพทย์หญิง ..... นามสกุล .....  
 สถานที่ปฏิบัติงาน ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ได้ตรวจร่างกายของ ..... แล้ว  
 ได้ผลดังนี้

### ผลการตรวจร่างกายทั่วไป

| น้ำหนัก ..... กก.                      | ส่วนสูง ..... ซม.                                  | ความดันโลหิต .....               | นม.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) กรณีระบุการอ่านคำสายตา |                                                    |                                  |                     |            |
| 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 .....          |            |
| โรคคนเผลอ                              | <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 ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)