



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ตามทีวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ได้ประกาศรับสมัครบุคคลทั่วไป(รอบสอง) เพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และได้ดำเนินการสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์ เมื่อวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๑ นั้น

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับการชำระค่าลงทะเบียนเรียน การตรวจร่างกาย และการรายงานตัวเข้าศึกษาดังต่อไปนี้

- ก) รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายประกาศฉบับนี้ (ตามเอกสารแนบ ๑)
- ข) การรายงานตัว
ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษารายงานตัวในวันศุกร์ที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
- ค) การชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน
ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา 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 สัปดาห์ก่อนเปิดภาคการเรียนที่ ๒
หมายเหตุ เมื่อ ผู้เข้าศึกษาลงทะเบียนเรียนเรียบร้อยแล้ว ผู้เข้าศึกษาผู้นั้นสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา ต้องการขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ต้องดำเนินการขอรับคำร้องขอคืนเงินภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ลงทะเบียนเรียน มิฉะนั้นหากพ้นกำหนดดังกล่าววิทยาลัยถือว่าท่านสละสิทธิ์ในการขอคืนเงินทุกกรณี
- ง) การตรวจร่างกาย ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาจะต้องดำเนินการตรวจร่างกายโดยโรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัดเท่านั้น (ตามเอกสารแนบ ๒) และนำผลการตรวจมาด้วยในวันที่มารายงานตัวเข้าศึกษา

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน และหากไม่มารายงานตัว ตามวัน เวลาที่วิทยาลัยฯ ได้แจ้งให้ทราบ จะถือว่าสละสิทธิ์

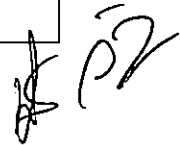
ประกาศ ณ วันที่ ๑๑ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(นางนิสากร วิบูลชัย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
บัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๓ (รอบสอง)

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล
๑	นางสาวสกุลทิพย์ แสงกุล
๒	นางสาวเจนจิรา ยวงแก้ว
๓	นางสาวจิตรา แซ่ริม
๔	นางสาวสุภาพร สิงห์มี
๕	นางสาวภัทรภรณ์ สีสมเตรียม
๖	นางสาวเกษภาภรณ์ วงษ์ราษฎร์
๗	นางสาวรัตนา รัสสุรี
๘	นางสาวสุกัญญา แสงคุณเมือง
๙	นางสาวกุลปรียา ถ้ำแก้ว





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 _____
- 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 และไม่เป็นโรคประจำตัว 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 และเจ้าหน้าที่ ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข