



ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) เฉพาะโครงการ ๙ หมอ  
ปีการศึกษา ๒๕๖๘

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๘ รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) เฉพาะโครงการ ๙ หมอ ระหว่างวันที่ ๓ - ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๘ และคณะกรรมการรับสมัครนักศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ได้ประมวลผลการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๘ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

สถาบันพระบรมราชชนก จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) เฉพาะโครงการ ๙ หมอ ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ ขอให้ผู้ที่มียรายชื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ (ทั้งตัวจริงและสำรอง) ขอให้ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด ระหว่างวันที่ ๒๘ มีนาคม - ๒ เมษายน ๒๕๖๘ โดยสามารถใช้ผลตรวจร่างกายในรอบที่ผ่านมาได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีอายุไม่เกิน ๖ เดือน

๒. ผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์ (ทั้งตัวจริงและตัวสำรอง) และเข้าตรวจสอบเอกสารผลตรวจร่างกายและสัมภาษณ์ ในวันศุกร์ที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๘ โดยเข้ารายงานตัว ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. และเข้ารับการสัมภาษณ์ตามรูปแบบที่ระบุไว้ในระบบรับสมัครสถาบันพระบรมราชชนก หากผู้ใดไม่มารายงานตัวและเข้ารับการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม)

เฉพาะโครงการ ๙ หมอ ปีการศึกษา ๒๕๖๘

คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

โครงการผลิตแพทย์และที่มนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์

ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย ( ๙ หมอ )



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช

โครงการแผน ๙ หมอ

สถานะ : ตัวจริง

รพ.สต.คลองลาน อ.คลองลาน จ.กำแพงเพชร

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล           |
|----------|---------------|--------------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๓๒๗๖   | นางสาวเข็มจิรา พุ่มหมั่น |

รพ.สต.วังประดา อ.เมืองกำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล        |
|----------|---------------|-----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๖๐๘   | นางสาวภุริชญา แสงแก้ว |

สอน.ไตรตรึงษ์ อ.เมืองกำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล       |
|----------|---------------|----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๑๘๔๕   | นางสาววิจิตรา เกตุมี |

รพ.สต.แม่สลิด อ.บ้านตาก จ.ตาก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล        |
|----------|---------------|-----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๔๔๘   | นายวชิรวิทย์ เขี้ยววง |

รพ.สต.แม่สอง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล           |
|----------|---------------|--------------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๕๗๐   | นางสาวศุภิภรณ์ สุริยวงค์ |

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)  
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช

โครงการแผน ๙ หมอ

สถานะ : ตัวจริง

รพ.สต.วังทอง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล    |
|----------|---------------|-------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๓๐๐๓   | นายกิตติชัย สีไพร |

สอน.บ้านกลาง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล       |
|----------|---------------|----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๓๒๘๔   | นางสาวฐิติชญา ประทีศ |

(นายณรงค์ อภิกุลวนิช)  
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช  
โครงการแผน ๙ หมอ

สถานะ : สำรอง

รพ.สต.คลองลาน อ.คลองลาน จ.กำแพงเพชร

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล         |
|----------|---------------|------------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๑๔๐   | นางสาวธัญชนก บัวผิวน   |
| ๒        | ๖๘๐๑๑๒๑๓๐๑๕   | นางสาวศิริพร เรืองวงษ์ |

รพ.สต.วังประดา อ.เมืองกำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล        |
|----------|---------------|-----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๗๖๘   | นางสาวอุมากรณ์ ดีเลิศ |

สอน.ไตรตรังษ์ อ.เมืองกำแพงเพชร จ.กำแพงเพชร

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล          |
|----------|---------------|-------------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๑๐๒๓   | นางสาววรัทยา ทับทอง     |
| ๒        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๘๕๘   | นางสาวปริฉัตร โกมลรัตน์ |

รพ.สต.แม่สลิด อ.บ้านตาก จ.ตาก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล         |
|----------|---------------|------------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๔๑๕   | นางสาวอติตา เฟื่อง     |
| ๒        | ๖๘๐๑๑๒๑๓๑๙๗   | นางสาวอภิสร่า ชื่นใจชน |

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)  
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช  
โครงการแผน ๙ หมอ

สถานะ : สำรอง

รพ.สต.แม่สอง อ.ท่าสองยาง จ.ตาก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล       |
|----------|---------------|----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๕๑๖   | นางสาวทิพรดา แซ่ว่าง |
| ๒        | ๖๘๐๑๑๒๑๑๘๓๙   | นางสาวกานต์มณี แซ่ลี |

รพ.สต.วังฆ้อง อ.พรหมพิราม จ.พิษณุโลก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล        |
|----------|---------------|-----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๑๑๕๖   | นางสาวพัชรี แก้ววงหิว |
| ๒        | ๖๘๐๑๑๒๑๒๔๒๕   | นางสาวสุกัญญา ตาแดง   |

สอน.บ้านกลาง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก

| ลำดับที่ | เลขที่ใบสมัคร | ชื่อ - นามสกุล        |
|----------|---------------|-----------------------|
| ๑        | ๖๘๐๑๑๒๑๑๒๑๑   | นายคิมหันต์ จันทะคุณ  |
| ๒        | ๖๘๐๑๑๒๑๑๒๔๕   | นางสาวณัฐนิชา ต้นตุลา |

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)  
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

# ภาคผนวก ๓

**ปฏิทินการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๘ รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) เฉพาะโครงการ ๙ หมอ**

| กิจกรรม  | ระยะเวลา  | ผู้รับผิดชอบ                             |
|--|---|--|
| ประชาสัมพันธ์  | เดือน ก.พ. - มี.ค.๖๘  | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๑. ลงทะเบียนเป็นสมาชิก TCAS<br>เว็บไซต์ <a href="http://mytcas.com">http://mytcas.com</a>  | วันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๖๗<br>เป็นต้นไป  | ผู้สมัคร                                 |
| ๒. สมัครผ่านระบบรับสมัครของสถาบันพระบรมราชชนก<br><a href="http://admission.pi.ac.th">http://admission.pi.ac.th</a>   | วันที่ ๓ มี.ค.๖๘<br>เวลา ๐๙.๐๐ น.<br>ถึงวันที่ ๑๖ มี.ค. ๖๘<br>เวลา ๒๐.๐๐ น. | ผู้สมัคร                                 |
| ๓. ชำระเงินค่าสมัคร  | วันที่ ๓ - ๑๖ มี.ค.๖๘   | ผู้สมัคร                                 |
| สถาบันตรวจสอบรายชื่อผู้สมัครที่ชำระเงินค่าสมัคร  | วันที่ ๔ - ๑๗ มี.ค.๖๘   | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๔. ตรวจสอบและส่งผลตรวจคุณสมบัติ เอกสารหลักฐานและ<br>ผลงานของผู้สมัคร   | วันที่ ๑๘-๒๓ มี.ค.๖๘  | วิทยาลัย                                 |
| ประมวลผลการคัดเลือก<br>และจัดทำประกาศผลผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์<br>(ตัวจริง และตัวสำรอง ๑ เท่าหรือขึ้นอยู่กับคณะกรรมการ<br>พิจารณา)   | วันที่ ๒๔-๒๖ มี.ค.๖๘  | คณะกรรมการประมวลผล<br>สถาบันพระบรมราชชนก |
| เสนอลงนามประกาศผลผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์   | วันที่ ๒๗ มี.ค.๖๘   | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๕. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ (ตัวจริงและสำรอง)  | วันที่ ๒๘ มี.ค.๖๘   | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๕. - ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาล<br>เอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่<br>สถาบันกำหนด (ตัวจริงและสำรอง)<br>- ส่งผลตรวจร่างกาย และส่งเอกสารหลักฐานต่าง ๆ<br>ในเว็บไซต์ <a href="http://admission.pi.ac.th">http://admission.pi.ac.th</a> | วันที่ ๒๘ มี.ค.-๒ เม.ย. ๖๘  | ผู้สมัคร                                 |
| ๖. สัมภาษณ์ (ตัวจริงและสำรอง)  | วันที่ ๔ เม.ย. ๖๘   | ผู้สมัครและวิทยาลัย                      |
| วิทยาลัยส่งผลการตรวจหลักฐาน ผลตรวจร่างกาย<br>และผลสัมภาษณ์   | วันที่ ๙ เม.ย. ๖๘   | วิทยาลัย                                 |
| จัดทำประกาศและเสนอลงนามประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ<br>คัดเลือก   | วันที่ ๑๐ เม.ย. ๖๘  | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๗. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก (ตัวจริง)   | วันที่ ๑๑ เม.ย. ๖๘  | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๘. ยืนยันสิทธิ์กับสถาบันพระบรมราชชนก   | วันที่ ๑๒-๑๘ เม.ย.๖๘  | ผู้สมัคร                                 |
| เรียกสำรองทดแทนกรณีไม่ครบตามแผนผลิต (เพิ่มเติมครั้งที่ ๑)  | วันที่ ๒๑ เม.ย. ๖๘  | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๙. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก (เพิ่มเติมครั้งที่ ๑)   | วันที่ ๒๒ เม.ย. ๖๘  | สถาบันพระบรมราชชนก                       |
| ๑๐. ยืนยันสิทธิ์กับสถาบันพระบรมราชชนก (เพิ่มเติมครั้งที่ ๑)  | วันที่ ๒๒ - ๒๔ เม.ย. ๖๘   | ผู้สมัคร                                 |
| เรียกสำรองทดแทนกรณีไม่ครบตามแผนผลิต (เพิ่มเติมครั้งที่ ๒)  | วันที่ ๒๕ เม.ย. ๖๘  | สถาบันพระบรมราชชนก                       |



| กิจกรรม   | ระยะเวลา                        | ผู้รับผิดชอบ        |
|---|---------------------------------|---------------------|
| ๑๑. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก (เพิ่มเติมครั้งที่ ๒)   | วันที่ ๒๘ เม.ย. ๖๘              | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| ๑๒. ยืนยันสิทธิ์กับสถาบันพระบรมราชชนก (เพิ่มเติมครั้งที่ ๒)   | วันที่ ๒๘-๒๙ เม.ย.๖๘            | ผู้สมัครและวิทยาลัย |
| สถาบันส่งรายชื่อ ผู้ผ่านการคัดเลือก เข้าระบบ TCAS   | วันที่ ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๘            | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| ๑๓. ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา เว็บไซต์ <a href="http://mytcas.com">http://mytcas.com</a>  | วันที่ ๒-๓ พ.ค. ๒๕๖๘            | ผู้สมัคร            |
| ๑๔. สละสิทธิ์ เว็บไซต์ <a href="http://mytcas.com">http://mytcas.com</a>  | วันที่ ๔ พ.ค. ๒๕๖๘              | ผู้สมัคร            |
| สถาบันดึงรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์ จากระบบ TCAS เพื่อปรับแผนรับรอบต่อไป  | วันที่ ๕ พ.ค. ๒๕๖๘              | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| ๑๕. สถาบันประกาศรายชื่อ (ผู้ยืนยันสิทธิ์) เรียกเข้าศึกษา เว็บไซต์ <a href="http://admission.pi.ac.th">http://admission.pi.ac.th</a> | วันที่ ๗ พ.ค. ๒๕๖๘              | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| สถาบันนำรายชื่อเข้าระบบเพื่อจัดทำใบแจ้งหนี้ชำระเงินค่าลงทะเบียนเรียน (แรกเข้า)  | วันที่ ๘-๙ พ.ค. ๒๕๖๘            | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| ๑๖.ดาวน์โหลดใบแจ้งหนี้ชำระเงินค่าลงทะเบียน (แรกเข้า) พร้อมชำระค่าลงทะเบียน (แรกเข้า)  | วันที่ ๑๐-๑๖ พ.ค. ๒๕๖๘          | ผู้สมัคร            |
| สถาบันตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียน (แรกเข้า)   | วันที่ ๑๑-๑๗ พ.ค. ๒๕๖๘          | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| จัดเตรียมข้อมูลรายชื่อนักศึกษาใหม่ และเสนอลงนามประกาศนักศึกษาใหม่   | วันที่ ๑๙ พ.ค. ๒๕๖๘             | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| ๑๗. ประกาศรายชื่อนักศึกษาใหม่   | วันที่ ๒๐ พ.ค. ๒๕๖๘             | สถาบันพระบรมราชชนก  |
| ๑๘. รายงานตัวเข้าศึกษา  | วันที่ ๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๘            | ผู้สมัคร            |
| ๑๙. เตรียมความพร้อมในการเข้าศึกษา   | วันที่ ๓๐ มิ.ย. ถึง ๔ ก.ค. ๒๕๖๘ | วิทยาลัยและผู้สมัคร |
| ๒๐. เปิดภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๘   | วันที่ ๗ ก.ค. ๒๕๖๘              | วิทยาลัยและผู้สมัคร |

หมายเหตุ อาจมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาได้ตามความเหมาะสม โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติม เว็บไซต์ <https://admission.pi.ac.th/>



รายงานผลการตรวจร่างกาย  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 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  อื่น ๆ ระบุ \_\_\_\_\_

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล 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 \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานผลการตรวจร่างกายเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับรอง

(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



**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) กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา (ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว)**

|   |
|---|
| 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"/> ไม่บอดสี <input type="checkbox"/> บอดสี ระบุสี _____   |
| 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 _____               |

(\*กรณีมีความผิดปกติของการได้ยิน ให้ตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยการตรวจวัดสมรรถภาพการได้ยิน หรือ Audiography)

|  |
|--|
| 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"/> ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> เคยมีปัญหาสุขภาพจิต 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)**

**Urine analysis (UA)**

- Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_
- Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_
- Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ \_\_\_\_\_
- สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ 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) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล  
ประทับตราสถานบริการ