



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก โควตาสถาบันพระบรมราชชนก หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ระบบปรับตรงจากพื้นที่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑

ด้วยสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการรับสมัคร และคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ โดยมอบหมายให้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ดำเนินการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ระบบปรับตรงจากพื้นที่ โควตาสถาบันพระบรมราชชนก บัดนี้ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก โควตาสถาบันพระบรมราชชนก หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑ และให้ผู้มีรายชื่อตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ ภายในวันที่ ๑๗-๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ และนำผลการตรวจร่างกายมาส่ง ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ด้วยตนเอง ภายในวันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นางเกษร คงแถม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก โควตาสถาบันพระบรมราชชนก ระบบรับตรงจากพื้นที่
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑
สถานศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	โรงเรียน	ภูมิลำเนา
๑	นายทศวรรษ สุขสวัสดิ์	ท่าทองพิทยาคม	พิษณุโลก
๒	นางสาวอักษรศิลป์ สุขสวัสดิ์	ผดุงราษฎร์	พิษณุโลก
๓	นางสาวทิพรัตน์ ชุนรา	เตรียมอุดมศึกษา ภาคเหนือ	พิษณุโลก

นาย ย.ม.ร.อ.

นาย ย.ม.ร.อ.



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๑
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
 กระตูก อื่นๆ 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 _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ _____
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ _____ ผู้รับรอง
(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ ๒ แพทย์เป็นผู้กรอก

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

ผลการตรวจร่างกายทั่วไป (แนบรายงานผลการตรวจการได้ยิน audiogram และผลการตรวจการมองเห็น พร้อมการอ่านค่า)

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) ตามคำอธิบาย ส่วนที่ ๓ ข้อ ๒			
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 _____
โรคคนเฟือก	<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