



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๗ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ตามที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประกาศคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๗ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ และได้ทำการสอบคัดเลือกบุคคลโดยประเมินความรู้พื้นฐานจากการสอบข้อเขียนและการสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ บัดนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ได้ประมวลผลผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว วิทยาลัยฯ จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๗ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ จำนวน ๑๙ คน ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ ขอให้ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกฯ ส่งเอกสารหลักฐานผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน รายละเอียดแบบฟอร์มรายงานผลการตรวจร่างกายตามเอกสารแนบท้าย ผช.๐๐๑ โดยส่งผลการตรวจมาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail : sutatip.y@bcnph.ac.th ตั้งแต่วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๗

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิกร จันภิรม)

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกภาควิชาการและสอบสัมภาษณ์หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
รุ่นที่ ๗ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	
๑	นางสาวสุชานันท์	ศรีบ้าน
๒	นางสาวนันทิกานต์	พอใจ
๓	นางสาวชลธิชา	อินท่า
๔	นางสาวธัญจิรา	เดชพรม
๕	นางสาวลักขมี	สุทธการ
๖	นางสาวกชกร	คำอ้อย
๗	นางสาวชญานิน	บัวระกุล
๘	นางสาวกัญญาพัชร	แช่दान
๙	นางสาวชญญาพัชญ์	รัศมีเดือน
๑๐	นางสาวสลินลา	กว้างตัน
๑๑	นางสาวสุภิญญา	สุนันสา
๑๒	นางสาวมนัสชนก	กว้างอุเสน
๑๓	นายเฉลิมวุฒิ	ม่วงเพชร
๑๔	นางสาวมนตรีนี	พุ่มพวง
๑๕	นางสาววราพร	ตันกุลละ
๑๖	นางสาวเมธิตา	ปิจดี
๑๗	นางสาวปภาวรินทร์	หอมจันทร์
๑๘	นายจิรายุส	วัฒนสมบัติ
๑๙	นางสาวขวัญภรณ์	เชื่อนลี

๑๓๓๗



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 ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

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	
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) กรณีระบุการอ่านค่าสายตา						
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			ระบุ	
	<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			ระบุ	
	<input type="checkbox"/>	เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			ระบุ	
โรคคนเผลอก	<input type="checkbox"/>	ไม่เป็น	<input type="checkbox"/>	เป็น	ระบุ	
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/>	ปกติ	<input type="checkbox"/>	ผิดปกติ	ระบุ	
ความผิดปกติอื่น ๆ ที่ตรวจพบ		ระบุ			ระบุ	



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)

๑.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

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)