



ประกาศสถาบันพระบรมราชชนก

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘
เฉพาะประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และประกาศนียบัตรผู้ช่วยสาธารณสุข

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ประกาศรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๘ รอบที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๗ มกราคม - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ และคณะกรรมการรับสมัครนักศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ได้ประมวลผลการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามประกาศ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นั้น

สถาบันพระบรมราชชนก จึงประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘ เฉพาะประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และประกาศนียบัตรผู้ช่วยสาธารณสุข ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ ขอให้ผู้มีรายชื่อดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ขอให้ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๒. ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ สอบข้อเขียน (เฉพาะหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ตั้งแต่เวลา ๐๙.๐๐- ๑๒.๐๐ น.)

๓. ผู้มีสิทธิ์เข้าสัมภาษณ์ เข้าตรวจสอบเอกสารผลตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์ ในวันเสาร์ที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ โดยเข้ารายงานตัว ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. (ยกเว้นหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล สอบสัมภาษณ์ ตั้งแต่เวลา ๑๓.๐๐ น. เป็นต้นไป) และเข้ารับการสัมภาษณ์ตามรูปแบบที่ระบุไว้ในระบบรับสมัครสถาบันพระบรมราชชนก หากผู้ใดไม่มารายงานตัว และเข้ารับการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๘

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

รายชื่อผู้เข้าสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota ปีการศึกษา ๒๕๖๘

คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้เข้าสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
คณะพยาบาลศาสตร์
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
โครงการบุคคลทั่วไป (ปวส) รอบ 2

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๒๒๐๙๖๐๐	นางสาวกชกร คำอ้อย
๒	๖๘๐๑๒๒๑๐๓๘๕	นางสาวกุลพร สีแก้ว
๓	๖๘๐๑๒๒๑๐๖๗๘	นางสาวจรรยาภรณ์ ตันกาบ
๔	๖๘๐๑๒๒๑๐๔๓๗	นายจิรายุส วัฒนสมบัติ
๕	๖๘๐๑๒๒๐๙๖๕๖	นางสาวชญาสินี บัวระกูล
๖	๖๘๐๑๒๒๐๙๘๗๕	นางสาวชลธิชา อินท่า
๗	๖๘๐๑๒๒๐๙๗๒๔	นางสาวชญญาพัชญ์ รัตมีเดือน
๘	๖๘๐๑๒๒๑๐๑๕๖	นางณัชชา ยะปัญญา
๙	๖๘๐๑๒๒๑๐๑๓๖	นางสาวทิพยาภรณ์ สมศักดิ์
๑๐	๖๘๐๑๒๒๑๐๐๔๗	นางสาวธิดารัตน์ ชมภูแสน
๑๑	๖๘๐๑๒๒๑๐๐๑๓	นางสาวนรินทิพย์ ยอดรัก
๑๒	๖๘๐๑๒๒๐๙๖๕๘	นางสาวนันท์กานต์ พอใจ
๑๓	๖๘๐๑๒๒๑๐๖๓๗	นางสาวปรารถนา หอมหวล
๑๔	๖๘๐๑๒๒๐๙๙๒๙	นางสาวพรชนิษฐา เม่นแดง
๑๕	๖๘๐๑๒๒๑๐๔๕๑	นางสาวพัชรินทร์ แซ่ตั้ง
๑๖	๖๘๐๑๒๒๑๐๖๘๔	นางสาวพิมพ์ชนก จิตกระเสริม

(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้เข้าสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
คณะพยาบาลศาสตร์
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
โครงการบุคคลทั่วไป (ปวส) รอบ 2

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑๗	๖๘๐๑๒๒๑๐๑๑๖	นางสาวมนัสชนก กวางอุเสน
๑๘	๖๘๐๑๒๒๑๐๓๒๐	นางสาวเมธิตา ปิจดี
๑๙	๖๘๐๑๒๒๑๐๒๒๗	นางสาวลักขมี สุทธการ
๒๐	๖๘๐๑๒๒๐๙๖๔๐	นางสาววรรษมน การะเกตุ
๒๑	๖๘๐๑๒๒๑๐๐๕๙	นางวรพร ตันกุละ
๒๒	๖๘๐๑๒๒๑๐๔๘๑	นางสาวศิริศร ด้วงนุ้ย
๒๓	๖๘๐๑๒๒๑๐๓๗๒	นางสาวอักษรสวรรค์ ถิ่นสุข
๒๔	๖๘๐๑๒๒๑๐๔๕๖	นางสาวไอยเรศ ปีปวน

.....
(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

รายชื่อผู้เข้าสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota ปีการศึกษา ๒๕๖๘

คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

โครงการผลิตแพทย์และที่มนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์
ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (๙ หมอ)



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี รอบที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้เข้าสอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์
คณะพยาบาลศาสตร์
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
โครงการแผน 9 หมอ

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล	รพ.สต./สอน.	อำเภอ	จังหวัด
๑	๖๘๐๑๒๒๑๐๔๐๓	นางสาวกัญญารัตน์ ทาอิ	รพ.สต.แม่หล่าย	เมืองแพร่	แพร่

.....
(ศาสตราจารย์พิเศษวิชัย เทียนถาวร)
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



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 _____	
โรคคนเผลอก	<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