



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ (รอบบุคคลทั่วไปเพิ่มเติม)

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ดำเนินการสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ (รอบบุคคลทั่วไปเพิ่มเติม) ในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผ่านทางออนไลน์นั้น บัดนี้ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว วิทยาลัยฯ ขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ (รอบบุคคลทั่วไปเพิ่มเติม) ตามเอกสารที่แนบท้ายประกาศนี้

ขอให้ผู้ที่มีรายชื่อที่ผ่านการสอบคัดเลือกตามใบประกาศไปตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน ที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่แนบท้ายประกาศนี้ และส่งผลตรวจร่างกายภายในวันที่ ๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๐๐ น. โดยสแกนผลการตรวจร่างกายทั้งหมดส่งมาที่ Email: pn_bcnb@bcn.ac.th หากไม่ส่งผลการตรวจร่างกายภายในวัน เวลาที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นางชัญญดา บุญวาต)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ



เอกสารแนบท้ายประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

ที่ ๑๘ / ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๕

รายชื่อผู้ผ่านการสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ (รอบบุคคลทั่วไปเพิ่มเติม)

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล
๐๐๑	นางสาวกชพรพรรณ ยุกลชิต
๐๐๒	นางสาวธิดารัตน์ สว่างสาย
๐๐๓	นางสาวนฤมล ใจดี
๐๐๔	นางสาวนุรอุ้ยฟาซามีมี สือแม่
๐๐๕	นางสาวปณิดา ชะชิกุล
๐๐๖	นางสาวปาณิสรา อาสาคะติ
๐๐๗	นางสาวมินตรา แจ้งนภา
๐๐๘	นายวรากร พลเขต
๐๐๙	นางสาว ศิริวรรณ ชุลิทรัพย์
๐๑๐	นางสาวสุนิสา สุทธิประภา
๐๑๑	นางสาวอภิญญา รัตนพันธ์
๐๑๒	นางสาวอัมพรพรรณ ดวงจันทร์



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

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ 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 ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิจากการเป็นนักศึกษา

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		
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) กรุณาระบุการอ่านคำสายตา					
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		
โรคคนเฝ้าก	<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)

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 ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลัทธิสุตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาลัทธิสุตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ

(ลงชื่อ)

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)