



ใบสมัครเข้าศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี xxxxxxxxxxxxxxxx
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ระบบคัดตรงจากพื้นที่
ประจำปีการศึกษา 2558

ติดรูปถ่ายขนาด
3x4 เซนติเมตร
ถ่ายไว้ไม่เกิน 1 ปี

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี xxxxxxxxxxxxxxxx

ด้วยข้าพเจ้าประสงค์จะสมัครเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี xxxxxxxxxxxxxxxx ระบบคัดตรงจากพื้นที่ ประจำปีการศึกษา 2558 จึงขอแจ้งรายละเอียดของข้าพเจ้า เพื่อประกอบการสมัครดังนี้

ประเภทโควตาที่สมัคร ☐ บุคคลทั่วไป ☐ อาจารย์

ประวัติส่วนตัว

ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวประชาชน
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. 25..... อายุ ปี ส่วนสูง เซนติเมตร

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้สมัคร

บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

1. ชื่อ - สกุล โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
2. ชื่อ - สกุล โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านที่ใช้ในการสมัคร ☐ ของตนเอง ☐ ของบิดา ☐ ของมารดา ☐ ของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย
หนังสือคำสั่งศาลที่ตั้งบุคคลให้อำนาจปกครองผู้เยาว์

ชื่อ - สกุล
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล
อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. 25.....

การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ☐ สำเร็จมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีพุทธศักราช 25.....
ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม 5 ภาคการศึกษา ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร
โรงเรียน อำเภอ จังหวัด

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

- ❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม 5 ภาคการศึกษา หรือตลอดหลักสูตร (GPAX) เท่ากับ
- ❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมกลุ่มสาระคณิตศาสตร์ 5 ภาคการศึกษา หรือตลอดหลักสูตร (GPA) เท่ากับ
- ❖ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมกลุ่มสาระวิทยาศาสตร์ 5 ภาคการศึกษา หรือตลอดหลักสูตร (GPA) เท่ากับ

หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชา (รวมวิชาเพิ่มเติม) ผู้สมัครที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้ใบรับรองหน่วยกิต

- ❖ หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชาคณิตศาสตร์ ตลอดหลักสูตร เท่ากับ หน่วยกิต
- ❖ หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชาวิทยาศาสตร์ ตลอดหลักสูตร เท่ากับ หน่วยกิต
- ❖ หน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชาต่างประเทศ (เฉพาะวิชาอังกฤษ) ตลอดหลักสูตร เท่ากับ หน่วยกิต

ผลการทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ

- ❖ ผลการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT) เท่ากับ คะแนน
- ❖ ผลการทดสอบความถนัดทางวิชาชีพและวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ (PAT2) เท่ากับ คะแนน

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรอง ข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติด้านการศึกษาและคุณสมบัติเฉพาะตรงตามประกาศการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2558 ระบบคัดตรงจากพื้นที่ ทุกประการ

ทั้งนี้ หากมีการตรวจสอบเอกสารหรือคุณสมบัติของข้าพเจ้าในภายหลัง ปรากฏว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติไม่ตรงตามประกาศการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2558 ระบบคัดตรงจากพื้นที่ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในครั้งนี้ และข้าพเจ้าจะไม่ขอใช้สิทธิ์เรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น

เฉพาะเจ้าหน้าที่	
เอกสารประกอบการสมัคร ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน	คุณสมบัติของผู้สมัคร ☐ ตรงตามประกาศ ☐ ไม่ตรงตามประกาศ
ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ	ลงชื่อ ผู้ตรวจสอบ
..... / /	 / /

ลงชื่อผู้สมัคร
..... / /



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา 2558

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 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
☐ กระดูก ☐ 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 หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)



ส่วนที่ 2 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	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะแขนและมือ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะขาและเท้า	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
กระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การออกเสียงพูด	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะในช่องปาก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ลักษณะผิวหนัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคเรื้อรัง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ระบบประสาท	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
โรคลมชัก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
การมองเห็น (VA) ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ
โรคคนเผลอ	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ 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 ฯลฯ ตามดุลยพินิจของแพทย์)

☐ 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



ส่วนที่ 3 คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่โรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

1. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
2. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - 2.1. ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - 2.2. ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - 2.3. ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า 6/12 หรือ 20/40
 - 2.4. ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
3. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
4. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะส่งผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
5. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่ามีความเสี่ยงก่อให้เกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
6. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
7. โรคเบาหวานทุกระดับ
8. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
9. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
10. โรคคนเผลอ
11. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
 - 11.1. ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - 11.2. กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - 11.3. โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ
 - 11.4. โรคเท้าช้าง
 - 11.5. โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข