



ประกาศคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวัดความรู้พื้นฐานและสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกเข้าอบรม  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2566 รอบ 1

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ดำเนินการรับสมัครบุคคล  
เข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2566 ไปแล้วนั้น  
บัดนี้ การรับสมัครได้เสร็จสิ้นแล้วและดำเนินการตรวจสอบเอกสารและพิจารณาคุณสมบัติตามประกาศ  
เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงเห็นควรประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวัดความรู้พื้นฐานและสอบสัมภาษณ์  
เรียงตามลำดับเลขที่นั่งสอบ ดังรายชื่อที่แนบท้ายนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่มีรายชื่อตามท้ายประกาศนี้เข้าสอบวัดความรู้พื้นฐานและสอบสัมภาษณ์ ในวันเสาร์ที่  
13 พฤษภาคม พ.ศ.2566 เวลา 08.30 – 09.30 น.ให้นำเอกสารหลักฐานมาแสดงตนต่อไปนั้ไปด้วย

1. บัตรประจำตัวประชาชน
2. หลักฐานการศึกษา (ฉบับจริง)
3. ทะเบียนบ้าน (ฉบับจริง)
4. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) (ฉบับจริง)
5. รายงานการตรวจสุขภาพผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรมหลักสูตร  
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

หากผู้ใดไม่นำหลักฐานลำดับ 1-5 ไปแสดงต่อคณะกรรมการในวันสอบ จะถือว่าขาดคุณสมบัติ  
และจะถูกตัดสิทธิ์ในการสอบครั้งนี้

อนึ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอแจ้งให้ทราบว่าคณะกรรมการ  
ตัดสินผลจะพิจารณาผลการสอบสัมภาษณ์ร่วมกับผลการสอบข้อเขียนและข้อมูลอื่นๆ ของผู้สมัครแล้ว  
จึงตัดสินผลขั้นสุดท้าย

ประกาศ ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา วิสุทธิพานิช)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ขั้นตอนการสอบวัดความรู้พื้นฐาน และการสอบสัมภาษณ์  
วันเสาร์ที่ 13 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

- 10.00 – 11.00 น.      สอบวัดความรู้พื้นฐาน ณ ห้องสอบ 315-316 ชั้น 3  
อาคารคณะพยาบาลศาสตร์  
\*\*ให้เตรียมปากกา ดินสอ 2B ยางลบ เพื่อใช้ในการสอบข้อเขียน  
(เข้าห้องสอบก่อนเวลาสอบ 10 นาที ทั้งนี้หากเลยเวลาสอบ 15 นาที  
จะไม่อนุญาตให้เข้าห้องสอบ)
- 11.00 น. เป็นต้นไป      รอรับการสอบสัมภาษณ์ ห้องประชุม ดร.ทัศนาศุ บุญทอง ชั้น 2

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวัดความรู้พื้นฐานและสอบสัมภาษณ์เพื่อเข้าอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีการศึกษา 2566

สอบวันเสาร์ที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เวลา 10.00 น. เป็นต้นไป

ที่	เลขที่นั่งสอบ	ชื่อ - นามสกุล	หมายเหตุ
1	66106211001	นางสาว อรัญญา กังวาลย์	
2	66106211002	นางสาว อาทิตยา สัมมาจารินทร์	
3	66106211003	นางสาว รัตนา เดชา	
4	66106211004	นางสาว สุธิดา มีประเทศ	
5	66106211005	นางสาว มธรรดา เผ่าพงษ์	
6	66106211006	นางสาว พรพรรณ พึ่งมี	
7	66106211007	นางสาว สิริมาล อรเพชร	
8	66106211008	นางสาว จีรนนท์ วรรณประภา	
9	66106211009	นางสาว ฐิติรัตน์ สุภาพเพ็ชร	
10	66106211010	นางสาว ภาณินี พินดวง	
11	66106211011	นางสาว พิชาดา ถนัดกิจ	
12	66106211012	นาย ลัทธพงศ์ บัวลา	
13	66106211013	นางสาว ประภาพร เต็มหรั่ง	
14	66106211014	นางสาว สุริสา มะขอ	
15	66106211015	นางสาว อัจฉราภรณ์ กุสลาศรัย	
16	66106211016	นางสาว สุพรรณนิการ์ ดวงมาลัย	
17	66106211017	นางสาว พิษญา นาคศรี	
18	66106211018	นางสาว อัญพิตา ชื่นชม	
19	66106211019	นางสาว เบญจพร แซ่อึ้ง	
20	66106211020	นางสาว ธนัชชา ชื่นอารมณ์	
21	66106211021	นางสาว ศิริพร มั่นคง	
22	66106211022	นางสาว พชรวรรณ ยูชบ	
23	66106211023	นาย อุกฤษฏ์ โส๊ะมิน	
24	66106211024	นางสาว ดวงมาลา ดวงมณี	
25	66106211025	นางสาว อิกสร่า คำสอนทา	
26	66106211026	นางสาว จีรภา โพธิ์กัญ	
27	66106211027	นางสาว แพรภาภรณ์ สมบุญเสริม	
28	66106211028	นาย นพดล ปนยะ	



รายงานการตรวจสุขภาพของผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2566

ข้อมูลส่วนที่ 1 ผู้เข้าสอบคัดเลือกเป็นผู้กรอก (กรอกด้วยตัวบรรจง)

1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว) .....  
เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี ..... เดือน จังหวัดที่เกิด .....  
เลขประจำตัวประชาชน.....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .....

2. ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม (ทำเครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูล)

ท่านเคยมี หรือมีโรค/ อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ระบุอาการ พ.ศ.ที่เป็น และรักษาอย่างไร)

มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด	มี	ไม่มี	อธิบายรายละเอียด
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หัด .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	เลือด .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	วัณโรค .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	เบาหวาน .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ตับอักเสบ .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หัวใจ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ลมชัก .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ไต .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	สุกใส .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความดันโลหิตสูง .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หอบหืด .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ต่อมไทรอยด์ .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ภูมิแพ้ .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ไส้เลื่อน .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	แพ้ยาล .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคเรื้อรัง .....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ตัวเหลือง ตาเหลือง .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคติดต่อร้ายแรง.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	หุนหวนก หูตึงจากประสาท แม้แต่ข้างเดียว .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ผ่าตัดเกี่ยวกับ <input type="radio"/> สมอ <input type="radio"/> หัวใจ <input type="radio"/> กระดูก <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคผิวหนังที่เป็นที่รังเกียจแก่ผู้อื่น .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ความพิการของร่างกายที่ทำให้เสียบุคลิกลักษณะ .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ติดยาเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง .....			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	อื่นๆ .....			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่าหากตรวจพบภายหลังว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการปิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ แม้จะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาแล้วก็ยินยอมให้ถอนสภาพจากการเป็นนิสิต

ลงชื่อ ..... ผู้สอบคัดเลือก  
(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง  
(.....)

บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

**ข้อมูลส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก (จะต้องตรวจทุกรายการ)**

ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ทรวงอกที่โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน โดยนำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจกรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้ และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมทั้งประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง) .....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ .....  
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....  
ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว) .....  
เลขที่ผู้ป่วย (H.N.) ..... วัน/เดือน/ ปีที่เข้าตรวจร่างกาย ..... แล้วได้ผล ดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป**

น้ำหนัก .....	กิโลกรัม	ส่วนสูง .....	เซนติเมตร	อุณหภูมิ .....	°C
ความดันโลหิต .....	มม.	ปรอทชีพจร .....	ครั้ง/ นาที	อัตราการหายใจ .....	ครั้ง/ นาที
ลักษณะรูปร่าง บุคลิกภาพ	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะแขนและมือ	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะขาและเท้า	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
กระดูกและกล้ามเนื้อ	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การออกเสียงพูด	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะในช่องปาก	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ลักษณะผิวหนัง	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การทำงานของหัวใจ	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ปอด	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ระบบประสาท	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การมองเห็น (VA) ตาขวา	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ใบหู และลักษณะภายนอกของหูขวา	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
ใบหู และลักษณะภายนอกของหูซ้าย	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การได้ยินหูขวา	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
การได้ยินหูซ้าย	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		
จมูก	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....		

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย)**

**Urine analysis (UA)**

Albumin	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
Sugar	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
Sediments	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....
สารเสพติด (มอร์ฟิน, แอมเฟตามีน หรืออื่นๆ อย่างน้อย 1 ประเภท)	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	ระบุ .....

**ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ไม่ต้องนำฟิล์มเอกซเรย์ทรวงอกมา)**

Chest X-rays	<input type="radio"/> ปกติ	<input type="radio"/> ผิดปกติ	หากผิดปกติ โปรดระบุ <input type="radio"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา <input type="radio"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
--------------	----------------------------	-------------------------------	--

ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน .....

ผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

HBsAg  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Anti-HBs  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน .....

ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคสุกใส และ/หรือได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ภูมิคุ้มกันโรคสุกใส  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน .....

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกันหัด หัดเยอรมัน คางทูม MMR (แบบหลักฐานการฉีดวัคซีน)

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน .....

ผลการวินิจฉัย

โรคพิษสุราเรื้อรัง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคเท้าช้าง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคที่เกิดจากสารเสพติด  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคจิต สุขภาพจิต  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคเรื้อรัง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคกระดูกพรุน/ โรคผิวหนัง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคลมชัก  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

วัณโรคในระยะแพร่เชื้อ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

ภาวะไตวายเรื้อรัง  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

กามโรค  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

โรคความดันโลหิตสูงรุนแรงและ  ไม่เป็น  เป็น ระบุ .....

มีภาวะแทรกซ้อน

ความพิการอันเป็นอุปสรรคต่อ  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

การศึกษา

ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ ระบุ .....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า (นาย, นาง, นางสาว) .....  
มีสุขภาพอยู่ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

(ลงนาม).....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ รายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ