



**ประกาศ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์**  
**เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)**  
**หลักสูตรใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๑ รุ่นที่ ๑๖ ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๓**

ประกาศมหาวิทยาลัยอภินิหารราช เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) หลักสูตรใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๑ รุ่นที่ ๑๖ ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๓ (ระยะเวลาศึกษา ๑ ปี) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**๑. จำนวนรับ ปีพุทธศักราช ๒๕๖๓** เปิดรับผู้เข้ารับการศึกษ จำนวน ๘๐ คน

**๒. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการศึกษ**

๒.๑ มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.๖) หรือเทียบเท่า ตามหลักสูตรที่กระทรวงศึกษาธิการรับรอง

๒.๒ สัญชาติไทย

๒.๓ อายุไม่ต่ำกว่า ๑๖ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๓๕ ปี นับถึงวันเปิดภาคการศึกษา วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

๒.๔ รูปร่างสมส่วน น้ำหนักไม่น้อยกว่า ๔๐ กก. ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ ซม.

๒.๕ มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม ไม่มีความพิการหรือมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการฝึกปฏิบัติงาน

๒.๖ เป็นผู้ที่สามารถศึกษาได้อย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตร

**๓. กำหนดการรับสมัคร การสอบคัดเลือก และการประกาศผลการสอบคัดเลือก**

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์เป็นผู้ดำเนินการรับสมัคร โดยมีกำหนดการ ดังนี้

รายการ	วัน เดือน ปี
- รับสมัคร และส่งหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์ EMS โดยถือวันประทับตราเป็นสำคัญ	วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓
- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์	วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓
- สอบสัมภาษณ์และตรวจสอบคุณสมบัติ	วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ เวลา ๘.๓๐-๑๖.๐๐ น.
- ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกทางเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ <a href="http://www.kcn.ac.th">www.kcn.ac.th</a>	๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓
- ผู้ผ่านการสอบคัดเลือก ชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาภาคเรียนที่ ๑ ทางธนาคาร จำนวนเงิน ๒๕,๐๐๐ บาท (สองหมื่นห้าพันบาทถ้วน) พร้อมส่งภาพหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมทางโทรสาร ๐๒-๒๒๔๑-๖๕๑๖ หรือส่งทางเมล <a href="mailto:piyanuch.nia@gmail.com">piyanuch.nia@gmail.com</a> โดยระบุหมายเลขประจำตัวผู้สอบ ชื่อ-นามสกุล และเบอร์โทรศัพท์ของตนเอง	ตั้งแต่ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๕.๐๐ น. * โดยยึดเวลาส่งหลักฐานการจ่ายเงินทางโทรสารและทางเมลหากเกินเวลาจะถือว่าสละสิทธิ์

รายการ	วัน เดือน ปี
(วงเล็บระบุค่าธรรมเนียมการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)) ที่มุมบนขวาของเอกสารและรายงานตัวทางโทรศัพท์ที่หมายเลข ๐-๒๒๔๑-๖๕๐๐ ต่อ ๓๕๐๒, ๐-๒๒๔๑-๖๕๑๕	
- ผู้ผ่านการสอบคัดเลือกอันดับสำรอง รอรับการติดต่อทางโทรศัพท์จากคณะกรรมการศาสตร์ก่อการุณย์ ซึ่งจะเรียกตัวสำรองตามลำดับที่ประกาศผล หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๑-๖๕๐๐ ต่อ ๓๕๐๒	คณะกรรมการศาสตร์ก่อการุณย์ โทรศัพท์แจ้งผู้มีสิทธิ์เข้ารับการศึกษ (อันดับสำรอง) ทราบในวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๓ เป็นต้นไปจนกว่าจะครบตามจำนวนที่มีผู้ลงทะเบียน
- ผู้ผ่านการสอบคัดเลือก อันดับสำรองตอบรับทางโทรศัพท์ และจ่ายเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาภาคเรียนที่ ๑ ทางธนาคาร จำนวนเงิน ๒๕,๐๐๐ บาท (สองหมื่นห้าพันบาทถ้วน) พร้อมส่งภาพหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมทางโทรสาร ๐ ๒ -๒ ๒ ๔ ๑ -๖ ๕ ๑ ๖ หรือ ส่ง ทาง อี เม ล piyanuch.nia@gmail.com โดยระบุหมายเลขประจำตัวผู้สอบ ชื่อ-นามสกุล และเบอร์โทรศัพท์ของตนเอง (วงเล็บระบุค่าธรรมเนียมการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)) ที่มุมบนขวาของเอกสาร	วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๓ ๒๕๖๓ เวลา ๑๕.๐๐ น. โดยยึดเวลาส่งหลักฐานการจ่ายเงินทางโทรสารและทางเมลหากเกินเวลาจะถือว่าสละสิทธิ์
- ผู้เข้าศึกษารายงานตัวด้วยตนเอง ณ คณะพยาบาลศาสตร์ ก่อการุณย์ และนำหลักฐานการจ่ายเงินตัวจริงมาแสดง พร้อมทั้งรับระเบียบการ และชื่ออุปกรณ์เครื่องแบบ	วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๘.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น.
- ปฐมนิเทศ เปิดภาคการศึกษา	วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ คณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์

#### ๔. วิธีการสมัคร

ดาวน์โหลดใบสมัคร ทางเว็บไซต์ [www.kcn.ac.th](http://www.kcn.ac.th) ของคณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์ และส่งหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์ EMS เท่านั้น โดยถือวันประทับตราเป็นสำคัญ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

๔.๑ เมื่อเข้าสู่เว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์ เลือกหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ) ประจำปี ๒๕๖๓

๔.๒ พิมพ์ใบสมัคร และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

๔.๓ ชำระเงินค่าทำเนียมสมัคร จำนวน ๓๐๐ บาท ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธน ชื่อบัญชี “หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)” เลขที่บัญชี ๐๓๗-๐-๒๖๓๒๘-๖ และส่งหลักฐานการชำระเงินมาพร้อมกับหลักฐานการสมัครทางไปรษณีย์ EMS

๔.๔ ตัดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ในใบสมัคร พร้อมแนบรูปจำนวน ๒ รูป

๔.๕ ส่งใบสมัคร ไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ก่อการุณย์ พร้อมหลักฐานต่างๆ (ภายในวันวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดยยึดถือวันประทับตราของไปรษณีย์) ดังนี้

๔.๕.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๕.๒ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ



๔.๕.๓ สำเนาใบแสดงวุฒิการศึกษาและระเบียบแสดงผลการเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ใบ ปพ.๑) หรือ ใบแสดงคุณวุฒิที่เทียบเท่า จำนวน ๑ ฉบับ หรือ หนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ในกรณีที่กำลังศึกษาอยู่)

๔.๕.๔ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ๒ รูป เขียนชื่อ-ชื่อสกุล ด้านหลังรูปให้เรียบร้อย

๔.๕.๕ สำเนาหลักฐานการจ่ายเงินค่าสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

#### หมายเหตุ

๑. ค่าธรรมเนียมการสมัคร ๓๐๐ บาท

๒. ที่อยู่ในการส่งใบสมัคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวรขิงพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) พร้อมสแกนไฟล์ส่งทางเมล piyanuch.nia@gmail.com

๓. ในวันสอบสัมภาษณ์ให้นำหลักฐานตัวจริงมาแสดงด้วย ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน

- ใบเสร็จชำระเงินค่าสมัคร

- เอกสารแสดงวุฒิการศึกษาตัวจริงและระเบียบแสดงผลการเรียน (ใบ ปพ.๑ จำนวน ๖ เทอม)

มาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

- แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) (ถ้ามี)

- ใบแสดงผลการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

- การสอบสัมภาษณ์ จะสอบสัมภาษณ์ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพมาแล้วเท่านั้น

#### **๕. วิธีการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการศึกษา**

๕.๑ การตรวจสุขภาพ ผู้สมัครทุกคนจะต้องตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่มีความปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และสามารถตรวจร่างกายได้ครบทุกรายการตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์กำหนด โดยจะต้องตรวจร่างกายและลงข้อมูลให้ครบถ้วนทุกรายการมีลายเซ็นแพทย์ และประทับตราโรงพยาบาล ๔ จุด ซึ่งเอกสารชุดตรวจร่างกายสามารถ Download ทางเว็บไซต์ [www.kcn.ac.th](http://www.kcn.ac.th) ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๕.๒ ตรวจสอบคุณสมบัติและสอบสัมภาษณ์

#### **๖. ระยะเวลาและค่าธรรมเนียมการศึกษา**

๖.๑ ใช้เวลาในการศึกษา ๑ ปี

๖.๒ จัดการเรียนการสอนเป็น ๒ ภาคการศึกษา (ภาคการศึกษาที่ ๑ และ ๒)

๖.๓ เรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในวันจันทร์ถึงศุกร์

๖.๔ ค่าธรรมเนียมการศึกษาตลอดหลักสูตร ๕๐,๐๐๐ บาท แบ่งชำระภาคการศึกษาละ ๒๕,๐๐๐ บาท จ่ายผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ส่งหลักฐานการจ่ายเงินทางโทรสาร ๐๒-๒๒๔๑-๖๕๑๖ หรือ ส่งทางเมล piyanuch.nia@gmail.com ระบุชื่อ-สกุล เลขที่ผู้สมัครที่มุมบนขวามือ และต้องนำหลักฐานใบเสร็จตัวจริงมาแสดงในวันรายงานตัว วันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓

หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่ฝ่ายส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ โทร. ๐-๒๒๔๑-๖๕๐๐-๙ ต่อ ๓๕๐๒ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(รองศาสตราจารย์ บุญทิวา สุวิทย์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้อมูลการชำระเงินค่าสมัครสอบคัดเลือก

ผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

๑. ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ ๓๐๐ บาท

โดยโอนเงินเข้า บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธน ชื่อบัญชี  
“หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)” เลขที่บัญชี ๐๓๗-๐-๒๖๓๒๘-๖

สำนักงาน Office	รหัสสาขา 37	บัญชีเลขที่ Account No.	037-0-26328-6
สาขาสี่แยกสะพานกรุงธน		ชื่อบัญชี Account Name	
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)			
	<b>ธนาคารกรุงไทย</b> KRUNGTHAI BANK		ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม Authorized Signature
SA AA 0604199			

๒. ที่อยู่ในการส่งใบสมัคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวรขิงพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมของ ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล)

๓. ในวันสอบสัมภาษณ์ให้นำหลักฐานตัวจริงมาแสดงด้วย ดังนี้

- บัตรประจำตัวประชาชน
  - ใบเสร็จชำระเงินค่าสมัคร
  - เอกสารแสดงวุฒิการศึกษาตัวจริงและระเบียบแสดงผลการเรียน (ใบ ปพ.๑ จำนวน ๖ เทอม)
- มาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์
- แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) (ถ้ามี)
  - ใบแสดงผลการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน
  - การสอบสัมภาษณ์ จะสอบสัมภาษณ์ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพมาแล้วเท่านั้น



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิศารัตน์ ชูชาญ)

ประธานโครงการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(การดูแลผู้สูงอายุ)





ขนาดรูป  
๑ นิ้ว

ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)  
ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๓

ข้อมูลผู้สมัคร

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อ (ภาษาไทย) : ..... นามสกุล : .....  
Prefix name : ..... First name (ภาษาอังกฤษ) : ..... Last name : .....  
วัน/เดือน/ปีเกิด : ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน ..... น้าหนัก : ..... (ก.ก.) ส่วนสูง : ..... (ซ.ม.)  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน : ..... สัญชาติ : ..... เชื้อชาติ : .....  
ศาสนา : ..... กรุปเลือด : .....

ข้อมูลที่ติดต่อได้สะดวก

เลขที่ : ..... หมู่ที่ : ..... ซอย : ..... ถนน : .....  
จังหวัด : ..... เขต/อำเภอ : ..... แขวง/ตำบล : ..... รหัสไปรษณีย์ : .....  
โทรศัพท์บ้าน : ..... โทรศัพท์มือถือ : ..... E-mail : .....

ข้อมูลสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน : ..... รหัส : .....  
ตำบล : ..... อำเภอ : ..... จังหวัด : .....  
สถานภาพทางการศึกษา : ..... คะแนนเฉลี่ย : ..... ภาคการศึกษา : .....  
เลขที่ประจำตัวนักเรียน : ..... สาขาที่จบ : .....

ข้อมูลบิดามารดา

คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อบิดา : ..... นามสกุล : .....  
อาชีพ : ..... สถานะภาพ :  ยังมีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม โทรศัพท์มือถือ : .....  
คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อมารดา : ..... นามสกุล : .....  
อาชีพ : ..... สถานะภาพ :  ยังมีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม โทรศัพท์มือถือ : .....

ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน :  บิดา  มารดา  อื่นๆ  
คำนำหน้า : นาย/นาง/นางสาว ชื่อ : ..... นามสกุล : .....  
โทรศัพท์บ้าน : ..... โทรศัพท์มือถือ : ..... เกี่ยวข้องเป็น : .....

ข้าพเจ้าได้อ่านระเบียบการและวิธีการรับสมัครจนเป็นที่เข้าใจทั้งหมดแล้ว และขอรับรองว่า ข้อความและหลักฐานการสมัครเป็นความจริงทุกประการ “หากปรากฏว่าเป็นเท็จ” ข้าพเจ้ายินดีให้คณะกรรมการตัดสิทธิ์การสมัครเข้าเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่สมัคร .....

หมายเหตุ ๑. กรุณาพิมพ์/เขียนใบสมัครให้ชัดเจน

๒. ชำระค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ ๓๐๐ บาท โดยโอนเงินเข้า ธนาคารกรุงไทยสาขาสี่แยกสะพานกรุงธน ชื่อบัญชี “หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)” เลขที่บัญชี ๐๓๗-๐-๒๖๓๒๘-๖

๓. ส่งใบสมัครแลหลักฐานการสมัคร คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓ (โดยยึดถือวันประทับตราของไปรษณีย์)

หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่ โทร. ๐-๒๒๔๑-๖๕๐๐-๙ ต่อ ๓๕๐๒ ในวันและเวลาราชการและสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <http://www.kcn.ac.th>

### หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาแสดงวุฒิการศึกษา และระเบียบแสดงผลการเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (หรือเทียบเท่า) จำนวน ๑ ฉบับ หรือหนังสือรับรองว่ากำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖ (ในกรณีที่กำลังศึกษาอยู่)
๔. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ๒ รูป เขียนชื่อ-ชื่อสกุล ด้านหลังรูปให้เรียบร้อย
๕. สำเนาหลักฐานการจ่ายเงินค่าสมัคร ที่จ่ายผ่านเคาน์เตอร์บริการธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) จำนวน ๑ ฉบับ

### การส่งใบสมัครและเอกสารหลักฐานการสมัคร

ฝ่ายบริการทางการศึกษา (งานทะเบียน) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ ๑๓๑/๕ ถนนขาว แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ (วงเล็บมุมซอง ใบสมัครหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล) พร้อมสแกนไฟล์ ส่งทางเมล [piyanuch.nia@gmail.com](mailto:piyanuch.nia@gmail.com)

คณะพยาบาลศาสตร์กึ่งการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
รายงานการตรวจสอบสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(การดูแลผู้สูงอายุ) ปีการศึกษา ๒๕๖๓



(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน/ เดือน/ ปีเกิด.....เลขที่ใบสมัคร.....เลขที่บัตรประชาชน.....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ.....จังหวัด.....  
H.N. ....วัน/ เดือน/ ปี ที่ตรวจ.....

ประวัติการเจ็บป่วย (สำหรับผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย)

๑. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/ อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ให้ระบุ พ.ศ. ที่เป็นและรักษาอย่างไร)

- | มี  | ไม่มี | อธิบายรายละเอียด     |
|-----|-------|----------------------|
| ( ) | ( )   | หัด.....             |
| ( ) | ( )   | วัณโรค.....          |
| ( ) | ( )   | ตับอักเสบ.....       |
| ( ) | ( )   | ลมชัก.....           |
| ( ) | ( )   | สุกใส.....           |
| ( ) | ( )   | หัวใจ.....           |
| ( ) | ( )   | เลือด.....           |
| ( ) | ( )   | เบาหวาน.....         |
| ( ) | ( )   | หอบหืด.....          |
| ( ) | ( )   | ไต.....              |
| ( ) | ( )   | โรคจิตและประสาท..... |
| ( ) | ( )   | อื่นๆ .....          |

ข้าพเจ้าขอรับว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริง หรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกลพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นผู้ศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการสอบสัมภาษณ์  
และตรวจร่างกาย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

การตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์)

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. อุณหภูมิ.....°ซ
ความดันโลหิต.....มม./ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที หายใจ.....ครั้ง/นาที
อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ปกติ ผิดปกติ

- ( ) ( ) ระบบสายตา (สายตา, ตาเข, ตาเหล่).....
( ) ( ) ระบบหู คอ จมูก .....
(หูหนวก, หูน้ำหนวก, เป็นไข, พูดไม่ชัด, พูดติดอ่าง)
( ) ( ) ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน).....
( ) ( ) ระบบทางเดินหายใจ.....
( ) ( ) ระบบหัวใจและหลอดเลือด.....
( ) ( ) ระบบทางเดินอาหาร.....
( ) ( ) ระบบประสาท.....
( ) ( ) ระบบกระดูกสันหลังและแขนขา
(กระดูกสันหลัง คด งอ ค่อม แอน ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ เท้า แขน ขา)

ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

การตรวจตา (สำหรับแพทย์กรอก)

Table with 2 columns: V.A., RE, LE

ตรวจวัดสายตาด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Auto refact).....
ตรวจตาบอดสี การแปลผล ( ) ตาบอดสี..... ( ) ตาไม่บอดสี.....
ผลการตรวจร่างกายโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

การตรวจพิเศษ (สำหรับแพทย์กรอก)

อธิบายรายละเอียดของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ปกติ ผิดปกติ

- ( ) ( ) CBC.....
( ) ( ) FBS.....
( ) ( ) UA.....
( ) ( ) HB s Ag.....
( ) ( ) Anti-HBs .....

ผลการตรวจพิเศษโดยนายแพทย์/ แพทย์หญิง.....
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผน ปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

หมายเหตุ ๑. ใบรายงานการตรวจสุขภาพฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย
๒. ต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจครบทั้ง ๓ แห่ง พร้อมทั้งหมายเลขทะเบียนใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ
แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งสาขาเวชกรรม
๓. ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ต้องนำฟิล์มเอ็กซเรย์ปอด (Film Chest) หรือแผ่น CDและผลการเอ็กซเรย์ จาก
โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ซึ่งมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวกมาให้กรรมการในวันสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย



คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย  
ในการดำเนินการคัดเลือกผู้เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
(การดูแลผู้สูงอายุ) ปีการศึกษา ๒๕๖๓



(ประทับตราโรงพยาบาล)

ชื่อ - สกุล ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง  
วัน-เดือน-ปีเกิด.....เลขที่ใบสมัคร.....เลขที่บัตรประชาชน.....  
โรงพยาบาลที่ตรวจ.....จังหวัด.....  
H.N. ....วัน / เดือน / ปี ที่ตรวจ.....

การตรวจทางรังสีวิทยา (เอ็กซเรย์)

(สำหรับแพทย์กรอก)

(กรุณานำฟิล์มเอ็กซเรย์บอดขนาดใหญ่ (Film Chest) หรือ CD พร้อมผลอ่าน จากโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน ซึ่งมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้สะดวกมาให้กรรมการในวันสอบสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย)

รายงานผลการตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST X-ray).....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

การแปลผล ( ) ปกติ..... ( ) ไม่ปกติ.....

ผลการตรวจทางรังสีโดยนายแพทย์ / แพทย์หญิง.....  
รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง สาขาเวชกรรม หมายเลขทะเบียน.....

หมายเหตุ ๑. ใบรายงานการตรวจสุขภาพ ฯ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้ตรวจ  
๒. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่สามารถทำการ x-ray ได้ ให้แล้วเสร็จก่อนวันสอบสัมภาษณ์  
๓. นำใบรายงานผลการตรวจสุขภาพฯ (ที่ประทับตราโรงพยาบาลแล้ว) ไปยื่นต่อกรรมการฯ ในวันสอบสัมภาษณ์