



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์  
เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
รุ่นที่ 5 ปีการศึกษา 2569

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ได้จัดสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ในโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย (9 หมอ) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2569 นั้น

บัดนี้ การดำเนินการจัดสอบคัดเลือกเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง จึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ 5 ปีการศึกษา 2569 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ดังนี้

1. ทุนโครงการ 9 หมอ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 32 คน

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
1	69032569089	นายชาญวิทย์ แก้วเวหา	อุบลราชธานี
2	69032569120	นางสาวปภาดา มีศิริ	อุบลราชธานี
3	69032569063	นางสาวปัทมา ไกรขรวงค์	อุบลราชธานี
4	69032569093	นายปฏิภาณ ผลนาม	อุบลราชธานี
5	69032569053	นางสาวปานชีวา คุณณา	อุบลราชธานี
6	69032569059	นางสาวสุชาดา ทองลอง	อุบลราชธานี
5	69032569102	นางสาวกชมน ตระการจันทร์	อุบลราชธานี
6	69032569028	นางสาวจิราพร ระคนจันทร์	อุบลราชธานี
7	69032569008	นางสาวเกวลิน พิลาศาสตร์	อุบลราชธานี
8	69032569013	นางสาวลภัสสรดา ผาสุข	อุบลราชธานี
9	69032569097	นางสาวณัฐวรรณ สะอาด	อุบลราชธานี
10	69032569123	นางสาวณัฐกานต์ ต้นแก้ว	อุบลราชธานี
11	69032569067	นางสาวชนิตา ไชยเดช	อุบลราชธานี
12	69032569122	นายชินโชติ ก้อนสุวรรณ	อุบลราชธานี
13	69032569025	นางสาวกรรณิการ์ ประชุมแดง	อุบลราชธานี

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
14	69032569129	นางสาวกนิษฐา ศิริรัตนานนท์	อุบลราชธานี
15	69032569019	นางสาวศศิกายุจน์ โช้เมืองแชะ	อุบลราชธานี
16	69032569044	นางสาวพิชญานิน จารุกการ	อุบลราชธานี
17	69032569049	นางสาวมณฑิกา บุสภาค	อุบลราชธานี
18	69032569030	นางสาวสว่างจิต พึ่งป่า	อุบลราชธานี
19	69032569001	นาย ณ์ภูธรณิชา ไยศร	อุบลราชธานี
20	69032569026	นางสาวภัทรนุช ทูลประโคน	อุบลราชธานี
21	69032569057	นางสาวพลอยไพลิน रिปันโน	อุบลราชธานี
22	69032569082	นางสาวสุภาพร บุญทอง	อุบลราชธานี
23	69032569032	นางสาววิศรา บุญลือ	อุบลราชธานี
24	69032569111	นางสาวครองขวัญ ทองเทพ	อุบลราชธานี
25	69032569005	นางสาวศศิกา ศิริณู	อุบลราชธานี
26	69032569043	นางสาวอัคริณี แพงแก้ว	อุบลราชธานี
27	69032569046	นางสาวนิตวันฤดี เดชบุญ	อุบลราชธานี
28	69032569048	นางสาวมุกกรินทร์ ปังสุด	อุบลราชธานี
29	69032569083	นางสาวกมลชนก แก่นคุณ	อุบลราชธานี
30	69032569118	นางสาวธัญมน เสนะ	อุบลราชธานี
31	69032569125	นางสาวพิมพ์ชนก พิมพ์หล่อ	อุบลราชธานี
32	69032569027	นางสาวชะไมพร ครไชย	อุบลราชธานี

2. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทุนโครงการ 9 หมอ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 26 คน

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
1	69032569079	นางสาวปรางทิพย์ จันแสง	ศรีสะเกษ
2	69032569099	นางสาวรัตนภรณ์ สายแก้ว	ศรีสะเกษ
3	69032569036	นางสาวนันทดา สถิตย์	ศรีสะเกษ
4	69032569127	นางสาวพรมณี รัตนพิมาตย์	ศรีสะเกษ
5	69032569132	นางสาวปวันรัตน์ รามกิจ	ศรีสะเกษ
6	69032569137	นางสาวณัฐณิชา จอมเกาะ	ศรีสะเกษ
7	69032569119	นางสาวศิวพร ยืนยง	ศรีสะเกษ
8	69032569014	นางสาวสุดาภรณ์ พรหมดี	ศรีสะเกษ
9	69032569109	นางสาวสุธิรา ธีระบุตร	ศรีสะเกษ
10	69032569108	นางสาวสาธิตา วงษ์จันทร์	ศรีสะเกษ
11	69032569116	นางสาวปริญญารัตน์ โสนาง	ศรีสะเกษ
12	69032569135	นางสาวสุวิษญ์ บุขบงค์	ศรีสะเกษ
13	69032569010	นางสาวณัฐกัญญา บุญโคกกรวด	ศรีสะเกษ
14	69032569128	นางสาวพรพิมล แสงตะวัน	ศรีสะเกษ
15	69032569015	น.ส.วิรงรอง รุ่งคำ	ศรีสะเกษ
16	69032569092	นางสาวสิริรัตนชญา ศรีพรหม	ศรีสะเกษ
17	69032569076	นางสาวขวัญฤทัย ภูมิคำ	ศรีสะเกษ
18	69032569087	นายดิณภพ สีหะวงษ์	ศรีสะเกษ
19	69032569124	นางสาวณัฐริกา โสรรัตน์	ศรีสะเกษ
20	69032569047	นางสาวเจนจิรา บุญคง	ศรีสะเกษ
21	69032569085	นางสาวพิมลรัตน์ นิยม	ศรีสะเกษ
22	69032569075	นางสาวแพรวตะวัน สมัย	ศรีสะเกษ
23	69032569086	นางสาววาฬิสสา บัวบาล	ศรีสะเกษ
24	69032569130	นายอัครชัย เนตรใส	ศรีสะเกษ

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
25	69032569017	นางสาวทิฆัมพร มีแสง	อุบลราชธานี
26	69032569033	นางสาวพลอยญาดา โกศล	อุบลราชธานี

3. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทุนโครงการ 9 หมอ จังหวัดยโสธร จำนวน 11 คน

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
1	69032569052	นางสาวรติมา พลับปลิง	ยโสธร
2	69032569073	นางสาวจรีนันท์ พิลาวรรณ	ยโสธร
3	69032569107	นางสาวกัญญาณัฐ ลีลาศ	ยโสธร
4	69032569113	นางสาวสุภาวณี จันทร์	ยโสธร
5	69032569034	นางสาวเจนจิรา แก้วนิล	อุบลราชธานี
6	69032569035	นางสาวกัญญาพัชร จารุกการ	อุบลราชธานี
7	69032569051	นางสาวศุภาพิชญ์ คชเรนทร์	อุบลราชธานี
8	69032569061	นางสาวศิริินภา บุตรแสง	อุบลราชธานี
9	69032569074	นางสาวชุตีมา ทิณโนรส	อุบลราชธานี
10	69032569021	นางสาวฮันนา อุดมพีช	อุบลราชธานี
11	69032569023	นางสาวสิริยากร เตียววิริยะกุล	อุบลราชธานี

4. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทุนโครงการ 9 หมอ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 9 คน

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
1	69032569094	นางสาวฐาปณี คุณสัจย์	อำนาจเจริญ
2	69032569039	นางสาวชลธิชา วงศ์ทอง	อำนาจเจริญ
3	69032569024	นางสาว สิริवलักษณ์ ยืนทน	อำนาจเจริญ
4	69032569131	นางสาวภัสสร พิมขร	อำนาจเจริญ
5	69032569070	นางสาวณัฐนิชา โพธิ์งาม	อำนาจเจริญ
6	69032569110	นางสาวปานรุ่ง อรบุตร	อำนาจเจริญ
7	69032569064	นางสาวนันทนา สุตะภัก	อำนาจเจริญ
8	69032569003	นางสาวปิยะธิดา พัฒนราช	อำนาจเจริญ
9	69032569041	นางสาวสุกัญญา ประสารศรี	อำนาจเจริญ

5. ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทุนโครงการ 9 หมอ จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 8 คน

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
1	69032569065	นางสาวศิริรัตน์ ภูวงษ์	มุกดาหาร
2	69032569100	นางสาวพัชรพร สมอนนิกุล	มุกดาหาร
3	69032569084	นางสาวพัชรพร อางหาญ	มุกดาหาร
4	69032569072	นางสาวชมพูนุท โพธิ์ไสย	มุกดาหาร
5	69032569112	นายณัฐนาวิน ลาดประมา	มุกดาหาร
6	69032569104	นางสาวสุภาพร กลางประพันธ์	มุกดาหาร
7	69032569068	นายชยธร บุทธิจักร์	มุกดาหาร
8	69032569105	นางสาวพรไพลิน แสงหมื่น	มุกดาหาร

6. รายชื่อผู้สอบได้ลำดับสำรอง จำนวน 20 คน  
หากผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาทำการสละสิทธิ์จะเรียกผู้สอบได้ลำดับสำรองมาทดแทนเรียงตามลำดับ

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - สกุล	ภูมิลำเนา
1	69032569037	นางสาวกัญญกร ชุมเพชร	อุบลราชธานี
2	69032569038	นางสาววนิดา ทาประจิตร	อุบลราชธานี
3	69032569045	นางสาววรรษยา ทองผุย	อุบลราชธานี
4	69032569069	นางสาวกมลทิพย์ สีมี่	อุบลราชธานี
5	69032569071	นางสาวเทียนธิดา ประทุม	อุบลราชธานี
6	69032569080	นางสาวณัฐชา พลบุรี	อุบลราชธานี
7	69032569081	นางสาวปราณจรี สุระพล	อุบลราชธานี
8	69032569106	นางสาวฟ้ารุ่ง จันท์เดิบ	อุบลราชธานี
9	69032569126	นางสาววิษญาพร สัจธรรม	อุบลราชธานี
10	69032569095	นางสาวนราวัลย์ จันอบ	อุบลราชธานี
11	69032569098	นางสาวสุชาดา เรือนพิมพ์	อุบลราชธานี
12	69032569117	นางสาวนภัสสร ชูเลิศ	อุบลราชธานี
13	69032569007	นางสาวสุพัตตา แก้วเนตร	มุกดาหาร
14	69032569134	นางสาวธิดาพร ทองทา	อุบลราชธานี
15	69032569055	นางสาวญาณภัทร เหลาศรี	อุบลราชธานี
16	69032569020	นางสาววิลาวัลย์ โชติธรรมวุฒิ	อุบลราชธานี
17	69032569060	นางสาววิรัช พิมใจ	อุบลราชธานี
18	69032569066	นางสาวปภัสสร มายูร	อุบลราชธานี
19	69032569077	นางสาวศิริรัตน์ แสงบุญ	อุบลราชธานี
20	69032569114	นางสาวปิเนียน บุญรอง	อุบลราชธานี

ทั้งนี้ ขอให้ผู้ที่มิรายชื่อเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ 5 ประจำปีการศึกษา 2569 ดำเนินการตรวจร่างกายและนำส่งเอกสารผลการตรวจร่างกายตามกำหนด ดังนี้

1. ตรวจร่างกายโดยใช้แบบฟอร์ม ทป.004 ของสถาบันพระบรมราชชนก ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่เว็บไซต์ [www.piac.th](http://www.piac.th) หรือสแกน QR CODE ที่มุมล่างซ้ายของประกาศฉบับนี้
2. ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น ภายในวันที่ 8 - 9 เมษายน 2569
3. เอกสารตรวจร่างกายต้องลงนามแพทย์ผู้ตรวจโดยระบุเลขทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และประทับตราโรงพยาบาล จึงจะเป็นเอกสารการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์
4. นำส่งเอกสารผลการตรวจร่างกายที่ห้องประชุม 1102 อาคารเรียน 1 ชั้น 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ในวันศุกร์ที่ 10 เมษายน 2569 ระหว่างเวลา 08.30 - 12.00 น.

ประกาศ ณ วันที่ ๗ เดือน เมษายน พ.ศ. 2569



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นุสรา ประเสริฐศรี)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



แบบฟอร์ม ทป.004



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก**

เขียนที่ \_\_\_\_\_  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_  
ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
เกิดวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ สถานที่เกิด \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

**ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา**

เคยได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ  สมอ  หัวใจ  
 กระดูก  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_  
เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล 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 หากตรวจพบภายหลังข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ  
ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์ในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

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			
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 _____
(*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"/> ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		
	<input type="checkbox"/> เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา		ระบุ _____
โรคคนเฟื่อง	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
การทำงานของหัวใจ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> 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 หรืออื่นๆ 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) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ  
ประทับตราสถานบริการ

คุณสมบัติด้านสุขภาพ สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ ของสถาบันพระบรมราชชนก  
กระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติด้านสุขภาพ สำหรับผู้สมัครเข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
  - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
  - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะเมสีหรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
  - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังมีสายตาดำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
  - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่น ๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตรายที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตราย
๖. โรคเบาหวาน ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่ามีแนวโน้มเกิดอันตราย
๗. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๘. มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการปฏิบัติงาน เนื่องจากโรคนี้อันตรายที่ร่างกายอ่อนแอและติดเชื้อง่าย
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
  - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ ขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกภาพ ซึ่งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการตรวจร่างกาย เห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
  - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนัง ที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกภาพ

๑๑.๔ โรคเท้าช้าง

๑๑.๕ โรคลมชัก ที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น เว้นแต่โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้

๑๑.๖ โรคอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

หมายเหตุ คณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการพิจารณาผลการตรวจร่างกาย ให้ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข