



ที่.....๕๗/๒๕๖๗

ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี  
เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

ตามประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบวัดความรู้พื้นฐานเพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ กำหนดสอบวัดความรู้พื้นฐาน ในวันเสาร์ที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ประชุมยก ถิระวัฒน์ ชั้น ๖ อาคารเรียน ๓ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี และสอบสัมภาษณ์ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ หอประชุมชุมศรี เจริญลาภ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี นั้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ รวมจำนวน ๗๘ คน (ดังรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้) และขอให้ผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา ตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชน (ตามแบบฟอร์ม ผช.๐๐๑ รายงานผลการตรวจร่างกาย) พร้อมส่งหลักฐานเอกสารการตรวจร่างกายทางช่องทางดังนี้

๑. ส่งด้วยตนเอง ณ ห้องงานกิจการนักศึกษา อาคารเรียน ๑ ชั้น ๒ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๒. ส่งทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึงคุณสุภาพร คหะวงศ์ (เอกสารหลักสูตรผู้ช่วย) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เลขที่ ๕๖/๖ หมู่ ๒ ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ (ยึดตราประทับภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๗)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณรงค์ภัทร รุ่งเนย)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีการศึกษา 2567

| รหัสผู้สอบ | ลำดับที่ | ชื่อ- สกุล                     |
|------------|----------|--------------------------------|
| 6700000002 | 1        | นางสาวกรรณิกา จันทรมณี         |
| 6700000003 | 2        | นางสาวกัญญารักษ์ บุญช่วย       |
| 6700000004 | 3        | นางกันยา ค่านขุนทด             |
| 6700000005 | 4        | นางสาวกาญจนา กรดเสน            |
| 6700000006 | 5        | นางสาวขวัญฤดี นามนวล           |
| 6700000007 | 6        | นางสาวศัทจิรา เพ็ญประชุม       |
| 6700000008 | 7        | นางสาวจรรยาณทนธ์ สิทธิสุราษฎร์ |
| 6700000009 | 8        | นายจักรพันธ์ โทณแก้ว           |
| 6700000010 | 9        | นางสาวจันทร์ใจ สนิทใจ          |
| 6700000012 | 10       | นางสาวจิตติมา สังข์คร          |
| 6700000015 | 11       | นางสาวจิราพัชร ไช้ทองแก้ว      |
| 6700000016 | 12       | นางสาวจุฑามาศ หมีรักษา         |
| 6700000017 | 13       | นางสาวชนาพร ทองเนื้อสาม        |
| 6700000018 | 14       | นางชุติมา จุลมูล               |
| 6700000019 | 15       | นางสาวชุติมา เทือกธรรม         |
| 6700000020 | 16       | นางสาวฐานิตา สุวรรณรัตน์       |
| 6700000023 | 17       | นางสาวณัฐปภัสร รัตนชัยบุรี     |
| 6700000024 | 18       | นางสาวณัฐพร นุ่มช่วย           |
| 6700000025 | 19       | นางสาวณัฐริยา นาคทุ่งเตา       |
| 6700000026 | 20       | นางสาวดาราวดี พุทธกาล          |
| 6700000027 | 21       | นางสาวติสสนา โต๊ะแมด           |
| 6700000028 | 22       | นายทงศักดิ์ รอดแก้ว            |
| 6700000029 | 23       | นายพนนทวัฒน์ ฤทธิชัย           |
| 6700000030 | 24       | นางสาวนฤมล สงสวัสดิ์           |
| 6700000031 | 25       | นางสาวนันท์นภัส ปานดำ          |
| 6700000033 | 26       | นางสาวนุจริย์ รูปบาง           |
| 6700000035 | 27       | นางสาวเบญจพร กิจเวทวิสุทธิ     |
| 6700000036 | 28       | นางสาวเบญจวรรณ ลือชัย          |
| 6700000037 | 29       | นางสาวประภัสรา ไตรภพบันลือ     |

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีการศึกษา 2567

| รหัสผู้สอบ | ลำดับที่ | ชื่อ- สกุล                         |
|------------|----------|------------------------------------|
| 6700000038 | 30       | นางสาวประภัสสร เอียดสุวรรณ         |
| 6700000039 | 31       | นางสาวปรารธนา บุญนำ                |
| 6700000040 | 32       | นางสาวปริมล ทองส่องแก้ว            |
| 6700000042 | 33       | นางสาวปรีญาพร นนทเจริญ             |
| 6700000043 | 34       | นางสาวเปรมฤดี ผิวขาว               |
| 6700000044 | 35       | ว่าที่ ร.ต. หญิงพรทิพย์ ปาลานุสรณ์ |
| 6700000045 | 36       | นางสาวพรพิมล พลจร                  |
| 6700000046 | 37       | นางสาวพิชามญช์ แก่นทน              |
| 6700000047 | 38       | นางสาวพิมผกา สมจิต                 |
| 6700000048 | 39       | นางสาวเพ็ญภาณี ศรีพิมพ์            |
| 6700000049 | 40       | นางสาวภควดี ประทุม                 |
| 6700000050 | 41       | นางสาวภรณ์ชดา พรหมบุตร             |
| 6700000051 | 42       | นางสาวภาวดี หนูสีดำ                |
| 6700000052 | 43       | นางสาวมัลลิกา หวานฉ่ำ              |
| 6700000053 | 44       | นางสาวมายีตะห์ เบ็ญตือระ           |
| 6700000054 | 45       | นางสาวเมย์ชิตา พันธ์               |
| 6700000055 | 46       | นางไมตรี ชูโชติ                    |
| 6700000056 | 47       | นางสาวโยธกา อินทร์แก้ว             |
| 6700000058 | 48       | นางสาวเลลาวดี รักษาพล              |
| 6700000059 | 49       | นางสาววรารกร วรรณพงศ์              |
| 6700000060 | 50       | นางวลัยรัตน์ พลไกร                 |
| 6700000061 | 51       | นางสาววิลาสินี ขาวสม               |
| 6700000062 | 52       | นางสาวศรีสุดา สาริษา               |
| 6700000063 | 53       | นางสาวศศิภา ปล้องทับ               |
| 6700000064 | 54       | นางสาวศิริรัตน์ ทำทอง              |
| 6700000065 | 55       | นางสาวศุกลรัตน์ รัตนานุพงศ์        |
| 6700000066 | 56       | นางสาวสายฝน หนุ่นหนู               |
| 6700000067 | 57       | นางสาวสุกัญญา ฤทธิอา               |
| 6700000069 | 58       | นางสาวสุดใจ สาลี                   |

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล  
ประจำปีการศึกษา 2567

| รหัสผู้สอบ | ลำดับที่ | ชื่อ- สกุล                |
|------------|----------|---------------------------|
| 6700000070 | 59       | นางสาวสุทิดา คำภูแสน      |
| 6700000071 | 60       | นางสาวสุธิชา มัฏฐารักษ์   |
| 6700000072 | 61       | นางสาวสุธิชา ไทยใหม่      |
| 6700000073 | 62       | นางสาวสุนันท์ธนา มั่นยืน  |
| 6700000074 | 63       | นางสาวสุพรรณา ลอยเจริญ    |
| 6700000075 | 64       | นางสาวสุพัตรา เวชพิทักษ์  |
| 6700000076 | 65       | นางสาวสุพิชชา ลือหล้า     |
| 6700000077 | 66       | นางสาวสุภัทรา จิระกร      |
| 6700000078 | 67       | นางสาวสุภาณี นวลสงฆ์      |
| 6700000079 | 68       | นางสาวสุภาวดี อินทเสโน    |
| 6700000080 | 69       | นางสาวสุมลฤดี มะยา        |
| 6700000081 | 70       | นางสาวสุวรรณเพ็ญ ฤกษ์เกิด |
| 6700000082 | 71       | นางสาวอณิสา ลิมาน         |
| 6700000083 | 72       | นางสาวอมรรัตน์ ราชมุณี    |
| 6700000084 | 73       | นางสาวอริสา เฉลิมพล       |
| 6700000085 | 74       | นางสาวอัจฉริยาพร จวบยศ    |
| 6700000086 | 75       | นางสาวอานีรา ดอเลื้อ      |
| 6700000087 | 76       | นางสาวอารดา ทองสั้น       |
| 6700000088 | 77       | นางสาวอาริษา ทองนุ่น      |
| 6700000089 | 78       | นางสาวอุทุมพร อาวุธ       |



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 .....

เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลคือ ..... 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 ..... |                    |         |             |            |
| 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 ..... |                    |         |             |            |
| 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 .....                       |            |                    |         |             |            |
| โรคคนเฝ้า                                | <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 (มอร์ฟิน, 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 ☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

แพทย์ผู้ตรวจ

ประทับตราสถานบริการ

(โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน)