

ประกาศมหาวิทยาลัยพายัพ

เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการตรวจร่างกาย

การคัดเลือกผู้เข้ารับทุนการศึกษาจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ)

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประจำปีการศึกษา 2564

มหาวิทยาลัยพายัพ ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการตรวจร่างกาย การคัดเลือกผู้เข้ารับทุนการศึกษาจากกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ) หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 42 คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
1	นางสาว	กานต์ทิศา	อินทนนท์
2	นางสาว	ขวัญพร	แจแวง
3	นางสาว	จิรนนท์	ธินะ
4	นางสาว	จุฑาลักษณ์	ขนอบกายา
5	นางสาว	ชมพูนุช	ทองถิ่นพฤกษ์
6	นางสาว	ฐปนีย์	นิมิตพรชัย
7	นางสาว	ฐิติกุล	ขวัญใจไพเราะ
8	นางสาว	ณหทัย	จุมปาน้ำ
9	นางสาว	ดาวนภา	แซ่เท้า
10	นาย	นครชัย	จันทร์เป็ง
11	นางสาว	นฤมล	รุ่งสนธยา
12	นางสาว	เบญจพร	แซ่หยาง
13	นางสาว	ปรียาภรณ์	ยิ่งคุณจตุรัส
14	นางสาว	ปวีณา	ร่มพนาธรรม
15	นางสาว	พิชชานุช	ฤทัยกุลมั่นคง
16	นางสาว	เพียงดาว	ปรีชาเดชสุข
17	นางสาว	ภิรมพร	ยะชะระ
18	นางสาว	มารีญา	งามสมชาติ
19	นางสาว	รินลดา	พงษ์ก้าวหน้า
20	นางสาว	ลลิตา	บุรพลธานี
21	นางสาว	ลลิตา	สุริยาธานี
22	นางสาว	ลัดดาพร	คลองกระโจนศิริ
23	นางสาว	วารุณี	ฤทัยไพลวัลย์กุล

ลำดับที่	คำนำหน้า	ชื่อ	สกุล
24	นางสาว	วิมลศิริ	เอกอุรุพันธ์
25	นางสาว	ศิริภรณ์	สาครอำไพ
26	นางสาว	ศิริลักษณ์	โพธิจันทร์
27	นางสาว	สุดาพร	ต่อมทอนสาร
28	นางสาว	สุดารัตน์	กาโยทัย
29	นางสาว	สุธิชา	ปารินทร์
30	นางสาว	สุนารี	พงศ์โชติสาคร
31	นางสาว	สุนิตา	ศักดิ์พัฒน์จรรยา
32	นางสาว	สุภาภร	กาบแก้ว
33	นางสาว	สุวิมล	กระจ่างเลิศ
34	นางสาว	เสาร์วรัตน์	อมรสขงคคา
35	นางสาว	เสาวนีณ	บุหงาสวรรค์
36	นางสาว	แสงเดือน	มงคลเลิศนภา
37	นางสาว	อภิญา	ทริย์พีศรีกุล
38	นางสาว	อมลวรรณ	ดำรงเลิศเอก
39	นางสาว	อรพรรณ	วรรณภีระ
40	นางสาว	อัจฉรา	เกตุรัตน์สมบูรณ์
41	นางสาว	อัศนี	ทรายกนกธารา
42	นางสาว	อารีญา	เลาหาง

ขั้นตอนการตรวจร่างกาย

1. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทางคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค จึงกำหนดให้ผู้ผ่านการสอบคัดเลือก เข้ารับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลพร้อมส่งรายงานผลการตรวจร่างกายมายังคณะฯ ระหว่างวันที่ 29 เมษายน ถึงวันที่ 4 พฤษภาคม 2564 ดังนี้

- 1.1 ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถยืนยันการตรวจร่างกายด้วยตนเอง ที่คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค เพื่อเข้ารับการตรวจร่างกาย ที่แผนกบริการตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ในวันที่ 30 เมษายน 2564 เท่านั้น โดยเข้ารับการตรวจร่างกาย ตรวจปัสสาวะ ตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตาบอดสี เอกซเรย์ทรวงอก ตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ตรวจเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (HIV)
- 1.2 ผู้ที่มีภูมิลำเนาออกเหนือจากข้อ 1.1 สามารถตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลชุมชนในเขตภูมิลำเนาของท่าน โดยให้แจ้งยืนยันก่อนไปรับการตรวจ ที่คุณทิพวรรณ โสภาค ผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข 098-7509656 ในเวลาทำการ (8.00-16.00 น.) โดยให้นำเอกสารประกาศนี้ไปที่โรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจร่างกายตามรายการ ดังนี้
 - ตรวจร่างกายโดยแพทย์ (ตามแบบฟอร์มที่แนบมา)
 - ตรวจภาวะตาบอดสี

- ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ ตรวจปัสสาวะ (U/A) ตรวจหาความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Full report CBC) เอกซเรย์ทรวงอก (CXR) ตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg, HBsAb) และ ตรวจเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (HIV)

2. ผู้เข้ารับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ทางโรงพยาบาลจะส่งผลการตรวจทั้งหมดให้ทางคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคตามกำหนดเวลา (ชำระค่าใช้จ่าย 1,400 บาท ณ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค)

3. ผู้เข้ารับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลในเขตภูมิภาค (ค่าใช้จ่ายตามอัตราที่โรงพยาบาลกำหนด) ให้ส่งเอกสารผลตรวจทางห้องปฏิบัติการรวมทั้งรายงานผลการตรวจร่างกาย ตามแบบฟอร์มการตรวจร่างกาย โดย scan และส่งมาทาง e-mail: mcnursepayap@gmail.com ทันทีที่ได้รับผลการตรวจ ทั้งนี้ภายในวันที่ 4 พฤษภาคม 2564 เวลา 15.00 น. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ คุณทิพวรรณ โสภาค เบอร์โทรศัพท์ 098-7509656

4. กรุณา print แบบฟอร์มรายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย แบบฟอร์มตรวจร่างกาย และแบบฟอร์มให้ความยินยอมเจาะเลือดหาเชื้อ เอช ไอ วี (ให้ผู้ปกครองลงนามอนุญาตในกรณีผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์อายุน้อยกว่า 20 ปี พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง) ไปแสดง ณ โรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจร่างกาย

5. หากผู้ผ่านการสอบคัดเลือก ไม่สมัครใจที่จะตรวจร่างกายตามรายการข้างต้น ให้ถือว่าสละสิทธิ์

หมายเหตุ

ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาในหลักสูตร และรับทุนการศึกษาจาก กสศ. ต้องเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่มีภาวะตาบอดสี ภาวะความผิดปกติ ไม่เป็นโรค หรือมีความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนหรือการฝึกปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล ตามดุลยพินิจของแพทย์ และ/หรือคณะกรรมการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษา

ประกาศ ณ วันที่ 28 เมษายน 2564



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลลภา ทรงพระคุณ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค
มหาวิทยาลัยพายัพ

Print แบบฟอร์ม ให้นำติดไป

- รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
- แบบฟอร์มให้ความยินยอมเจาะเลือด
- แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ



มหาวิทยาลัยพายัพ

PAPAYA UNIVERSITY

รหัส □□□□□ □□□□□

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... เพศ.....

กรุ๊ปเลือด..... คณะ..... ภาควิชา..... รหัส.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบัน (สำหรับนักศึกษากรอก) โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □

นักศึกษาเคยมี หรือโรค อาการ และภาวะการเจ็บป่วยดังต่อไปนี้หรือไม่ (โปรดตอบตามความเป็นจริง)

Table with 3 columns: 'มี' (Yes), 'ไม่มี' (No), and 'อธิบายรายละเอียด' (Describe details). Rows include Asthma, Hypertension, Hemoptysis, Tuberculosis, HIV/AIDS, Epilepsy, Diabetes, Otorrhea, Hernia, Fracture/Accident, Surgical operation, Jaundice, Heart Disease, and Others.

2. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ในครอบครัวของท่านมีใครเจ็บป่วยด้วยโรคต่อไปนี้บ้างหรือไม่

Table with 4 columns: Disease Name, 'มี' (Yes), 'ไม่มี' (No), and 'บุคคลที่เป็น' (Person affected). Rows include Tuberculosis, Hypertension, Diabetes, and others.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

นักศึกษา

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ส่งรายงานการตรวจสุขภาพร่างกายฉบับนี้พร้อมกับผลการตรวจเอกซเรย์ปอด และใบรับรองแพทย์

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

Blood Pressure mm/Hg. B.W..... ก.ก.

Pulse rate ครั้ง / นาที ช.ม.

ชื่อโรงพยาบาลที่รับการตรวจร่างกาย..... วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจร่างกาย

ผลการตรวจร่างกาย □ ปกติ □ ไม่ปกติเพราะ.....

ผล Chest X-ray

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ

ชื่อ - สกุล _____ ลำดับที่ตามประกาศ _____

โรงพยาบาล _____ วันเดือนปีที่ตรวจร่างกาย _____

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจ

Body weight _____ kgs. Ht. _____ Cms.

BP _____ mmHg Pulse Rate _____ ครั้ง/นาที

การวัดสายตา

ขวา _____ ซ้าย _____

ตาบอดสี _____

ผลการตรวจร่างกาย _____

General Appearance _____

Lymph node _____

Heart _____

Chest & Lung _____

Abdomen _____

etc _____

สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ ไม่ปกติ เพราะ _____

ลงชื่อ _____

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ _____

...../...../.....

ประทับตราโรงพยาบาล