



ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา  
เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) เฉพาะโครงการ ๙ หมอ  
คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการเปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาตรี  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา ๒๕๖๘ รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) เฉพาะโครงการ  
๙ หมอ ระหว่างวันที่ ๓ - ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว โดยกำหนดให้วิทยาลัยที่เป็น  
สถานศึกษาประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ขอให้ผู้ที่มิมีรายชื่อตามประกาศนี้ (ทั้งตัวจริงและสำรอง)  
เข้ารับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถตรวจได้ครบทุกรายการ ตาม  
แบบฟอร์มที่สถาบันกำหนด ระหว่างวันที่ ๒๘ มีนาคม - ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยสามารถใช้ผลการตรวจร่างกาย  
ที่มีอายุไม่เกิน ๖ เดือนได้

ทั้งนี้ ขอให้ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ดำเนินการดังนี้

๑. Upload ไฟล์ผลการตรวจร่างกายพร้อมผล Lab ลงในลิงค์ <https://admission.pi.ac.th/>  
ภายในวันพุธที่ ๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

๒. ผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ เข้ารับการสัมภาษณ์แบบออนไลน์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา  
ในวันศุกร์ที่ ๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘ (รายละเอียดจะผ่านไลน์ของกลุ่มวิชาการก่อนวันสัมภาษณ์ Add Line ผ่าน QR  
Code ท้ายหนังสือฉบับนี้)

จึงประกาศมาเพื่อให้ผู้มีรายชื่อแนบท้ายประกาศนี้ เข้าสัมภาษณ์ตามวันและเวลาที่กำหนด  
หากผู้มีสิทธิ์ไม่เข้ารับการสัมภาษณ์ในวันดังกล่าว จะถือว่าสละสิทธิ์

ประกาศ ณ วันที่

เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นางสาวมารีสา สุวรรณราช)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ขอให้ผู้มีรายชื่อตามประกาศ ฯ กรุณาแอดไลน์กลุ่ม  
วพบ.สงขลา รับสมัครนักศึกษา ๒๕๖๘  
เพื่อรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการส่งเอกสารต่าง ๆ  
และการเตรียมความพร้อม เพื่อรับการสัมภาษณ์



(เพื่อความสะดวกในการดูแลของผู้รับผิดชอบ กรุณาตั้งชื่อไลน์ของท่านด้วยชื่อ-นามสกุลจริง)

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์ ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม)

เฉพาะโครงการ ๙ หมอ ปีการศึกษา ๒๕๖๘

คณะพยาบาลศาสตร์

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

โครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์

ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วไทย ( ๙ หมอ )



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา  
โครงการแผน ๙ หมอ

สถานะ : ตัวจริง

รพ.สต.คูซูด อ.สทิงพระ จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๒๗๓๖	นางสาวฉันทิศา ปรีชานุกิจ

รพ.สต.ตำบลเขารูปช้าง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๒๔๐๗	นางสาวนพพร บุญศรี

รพ.สต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๐๙๔๗	นางสาวรัตนา เนื้ออ่อน

รพ.สต.นาหม่อม อ.นาหม่อม จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๓๔๔๑	นางสาวธัญชนิต ไพโรจน์

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



ระบบรับสมัครนักศึกษา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ระดับปริญญาตรี รอบที่ ๒ Quota (เพิ่มเติม) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์  
คณะพยาบาลศาสตร์  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถานที่สัมภาษณ์และสถานที่ศึกษา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

โครงการแผน ๙ หมอ

สถานะ : สำรอง

รพ.สต.คูขุด อ.สทิงพระ จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๒๘๕๐	นางสาวณัฐพร สังข์โต

รพ.สต.ตำบลเขารูปช้าง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๓๕๕๔	นางสาวภัทรธิดา รัตนะ
๒	๖๘๐๑๑๒๑๓๕๒๒	นางสาวนิภาวรรณ หนูทองรักษ์

รพ.สต.ท่าช้าง อ.บางกล่ำ จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๒๕๕๘	นางสาวดวงฤทัย จำปา

รพ.สต.นาหม่อม อ.นาหม่อม จ.สงขลา

ลำดับที่	เลขที่ใบสมัคร	ชื่อ - นามสกุล
๑	๖๘๐๑๑๒๑๓๐๙๓	นางสาวพิชชาพร พรหมมา
๒	๖๘๐๑๑๒๑๓๓๐๗	นางสาวฟ้าใส แสงมณี

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)  
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก  
รักษาราชการแทน อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก



รายงานผลการตรวจร่างกาย  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 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 \_\_\_\_\_  
เคยได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล 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 หรือปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนตามคุณสมบัติด้านสุขภาพที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิในการเข้าศึกษา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
(ผู้มีสิทธิเข้าศึกษา)

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 _____
โรคทำซ้ำ	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____
โรคลมชัก	<input type="checkbox"/> ไม่เป็น	<input type="checkbox"/> เป็น	ระบุ _____

**การมองเห็น (VA)** กรุณาระบุการอ่านค่าสายตา (ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว)

ตาขวา	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
ตาซ้าย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ	ระบุ _____
<b>ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)</b>	<input type="checkbox"/> ไม่บอดสี		
	<input type="checkbox"/> บอดสี	ระบุสี _____	
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"/> ไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต		
	<input type="checkbox"/> เคยมีปัญหาสุขภาพจิต	ระบุ _____	
โรคคนเฝ้า	<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) \_\_\_\_\_

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

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล  
ประทับตราสถานบริการ