



ประกาศมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เรื่อง การรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน) ประจำปีการศึกษา 2566 (รอบที่ 1/2)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเปิดรับสมัครนักเรียนเพื่อสอบคัดเลือกเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน ประจำปีการศึกษา 2566
(รอบที่ 1/2) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

1.1 คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1.1 มีสัญชาติไทย
- 1.1.2 มีความประพฤติเรียบร้อย
- 1.1.3 มีเจตคติที่ดีต่อการเป็นพยาบาลชุมชนและพร้อมที่จะกลับไปทำงานในพื้นที่
- 1.1.4 ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

1.2 คุณสมบัติเฉพาะ

- 1.2.1 กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีภูมิลำเนาและที่ตั้งโรงเรียนอยู่ในจังหวัดภาคใต้ ได้แก่ ภูเก็ต สตูล นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2565
- 1.2.2 มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) 5 ภาคการศึกษา (ตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง ภาคการศึกษาที่ 1 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6) ไม่ต่ำกว่า 2.75
- 1.2.3 มีผลการเรียน (GPA) ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ ต่าง ๆ รวม 5 ภาคการศึกษา ดังนี้
 - กลุ่มสาระภาษาต่างประเทศ ไม่ต่ำกว่า 2.75 (ไม่น้อยกว่า 7 หน่วยกิต)
 - กลุ่มสาระคณิตศาสตร์ ไม่ต่ำกว่า 2.75 (ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต)
 - กลุ่มสาระวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ไม่ต่ำกว่า 2.75 (ไม่น้อยกว่า 21 หน่วยกิต)
- 1.2.4 มีใบรับรองจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา (แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์) ทั้งนี้ หากไม่มีงบประมาณสนับสนุนฯ นักเรียนจะไม่มีสิทธิ์สมัครในโครงการฯ ดังกล่าวได้
- 1.2.5 มี Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) มีความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีความรับผิดชอบ จริยธรรม 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ
- 1.2.6 ได้รับการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน (มีใบรับรองจากโรงพยาบาลของรัฐเป็นหลักฐานประกอบการสมัคร) **(ถ้ามี)**
- 1.2.7 มีใบรับรองแพทย์ โดยใช้แบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นหลักฐานแสดงว่า
 - 1) สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
 - 2) ไม่เป็นตาบอดสีทั้งสองข้างอย่างรุนแรง
 - 3) ไม่มีความบกพร่องทางการได้ยินแบบถาวรที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาในวิชาชีพ

2. จำนวนที่รับ 3 คน

3. การดำเนินการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะดำเนินการคัดเลือกเองโดยไม่ต้องสอบข้อเขียน

4. ปฏิทินดำเนินการ

กำหนดการ	กิจกรรม
1 พฤศจิกายน 2565 เป็นต้นไป	ผู้สมัครทุกคนต้องไปสมัครลงทะเบียนในระบบ TCAS ของสมาคม ทปอ. ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com เพื่อยืนยันตัวตนและใช้ในการยืนยันสิทธิ์
1 – 13 ธันวาคม 2565	ลงทะเบียนเพื่อขอใช้ (User) และรหัสผ่าน (Password) เข้าระบบทางเว็บไซต์ https://e-admission.psu.ac.th
1 – 13 ธันวาคม 2565	- รับสมัคร และแก้ไขข้อมูลการสมัคร ผ่านระบบออนไลน์ที่ https://e-admission.psu.ac.th (เปิดระบบรับสมัคร เวลา 09.00 น. - ปิดระบบรับสมัคร เวลา 23.30 น. ของวันสุดท้ายของการรับสมัคร)
1 - 14 ธันวาคม 2565	ชำระเงินค่าสมัคร จำนวน 200 บาท โดยการ Scan QR Code ผ่าน Mobile application ของธนาคารที่ปรากฏในหน้าชำระเงินหรือชำระเงินผ่านจุดบริการ Counter service (7-Eleven) (ชำระเงินค่าสมัครให้เสร็จสิ้นไม่เกิน 23.59 น.) - ให้นักเรียนนำใบสมัครพร้อมหลักฐานประกอบการสมัครไปยื่นได้ที่ คณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น - องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จัดส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครให้คณะพยาบาลศาสตร์ (ตามแบบฟอร์ม No-01 และ No-02) (จัดส่งถึงคณะพยาบาลศาสตร์ ภายในวันที่ 26 ธันวาคม 2565 เท่านั้น)
18 มกราคม 2566	ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือกเพื่อสอบสัมภาษณ์ ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
28 มกราคม 2566	สอบสัมภาษณ์
31 มกราคม 2566	ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์ https://www.nur.psu.ac.th
7 - 8 กุมภาพันธ์ 2566	ผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือก ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาผ่านระบบ TCAS ทางเว็บไซต์ https://student.mytcas.com ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สพคม ทปอ.)
13 กุมภาพันธ์ 2566	มหาวิทยาลัยประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ทางเว็บไซต์ https://entrance.psu.ac.th
ติดตามรายละเอียดในเว็บไซต์ http://reg.psu.ac.th ฝ่ายทะเบียนและประมวลผล	รายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา และ ชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา

5. เอกสารการสมัคร และการส่งเอกสารให้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้สมัครต้องตรวจคุณสมบัติทั่วไป (ตามข้อ 1.1) และคุณสมบัติเฉพาะ (ตามข้อ 1.2) ของตนเอง หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้สมัครขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือหลักฐานที่ใช้ประกอบการสมัครเป็นเท็จ จะถูก ตัดสิทธิ์การเข้าศึกษา แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกได้เข้าศึกษาแล้วก็จะถูกถอนสภาพการเป็นนักศึกษา และไม่คืนเงินค่าสมัครให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

5.1 เอกสารการสมัคร

5.1.1 ใบสมัครพิมพ์จากระบบ ที่กรอกข้อความครบถ้วนสมบูรณ์ (ติดรูปถ่ายขนาด 3x4 ซม.) พร้อมลงลายมือชื่อในใบสมัคร

5.1.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

5.1.3 สำเนาหลักฐานการศึกษา/ใบระเบียบผลการเรียน 4 ภาคการศึกษาต่อเนื่องกันในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีผู้บริหารโรงเรียนหรืออาจารย์หัวหน้าฝ่ายทะเบียนเป็นผู้รับรองความถูกต้อง

5.1.4 Portfolio (ไม่เกิน 10 หน้า) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ความเป็นผู้นำ 2) เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม 3) การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ 4) การป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ

5.1.5 ใบรับรองการฝึกปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลา 10 วัน **(ถ้ามี)**

5.1.6 ใบรับรองแพทย์ ใบรับรองจักษุแพทย์ ใบรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหู คอ จมูก ตามแบบฟอร์มที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนด

5.1.7 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล พร้อมลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง **(ถ้ามี)**

5.2 การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระค่าธรรมเนียมการสมัคร จำนวน 200 บาท/คน (ค่าธรรมเนียม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ)

5.3 การส่งเอกสารให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จัดส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัคร (ตามข้อ 5.1) ให้คณะพยาบาลศาสตร์ (ใบสมัครและเอกสารการสมัครต้องถึงคณะพยาบาลศาสตร์ ภายในวันที่ 26 ธันวาคม 2565 เท่านั้น)

เจ้าหน้าที่ของถึง

เรียน งานหลักสูตรปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตำบลคอหงส์
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

หมายเหตุ :

1. เอกสารที่ส่งทางไปรษณีย์ กรุณาส่งเป็นจดหมายลงทะเบียน หรือจดหมายด่วนพิเศษ (EMS) เพื่อป้องกันความล่าช้าหรือเอกสารสูญหาย และสะดวกในการตรวจสอบเอกสารกับทางไปรษณีย์
2. ให้ผู้สมัคร **เซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง** ในเอกสารที่เป็นสำเนา ทุกฉบับ

6. องค์ประกอบที่ใช้พิจารณาคัดเลือก

- 6.1 คุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัคร ตามข้อ 1.1 และข้อ 1.2
- 6.2 คะแนนสอบสัมภาษณ์และสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล

7. วิธีพิจารณาคัดเลือก

7.1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จะตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะของผู้สมัครในเบื้องต้น หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่คณะพยาบาลศาสตร์กำหนดจะถูกตัดสิทธิ์

7.2 เมื่อผู้สมัครผ่านการคัดเลือก (ตามข้อ 7.1) เป็นผู้ที่มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์แล้วจะทดสอบเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล จากนั้น คณะกรรมการสอบสัมภาษณ์จะประเมินผลการสอบสัมภาษณ์และตัดสินผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

การพิจารณาดำเนินผลการคัดเลือกของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

8. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเบื้องต้น และมีสิทธิ์เข้ารับการสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 18 มกราคม 2566 ทางเว็บไซต์คณะฯ <https://www.nur.psu.ac.th>

9. การสอบสัมภาษณ์

สอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 28 มกราคม 2566 จะแจ้งรายละเอียดการสอบสัมภาษณ์พร้อมการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงการสอบสัมภาษณ์ จะประชาสัมพันธ์ให้ทราบทางเว็บไซต์คณะฯ <https://www.nur.psu.ac.th>

10. การประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ทางเว็บไซต์ <https://www.nur.psu.ac.th>

11. การยืนยันใช้สิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผ่านระบบ TCAS

ผู้ผ่านการสอบสัมภาษณ์และได้รับคัดเลือกเข้าศึกษา จะต้องยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ในระหว่างวันที่ 7-8 กุมภาพันธ์ 2566 ผ่านระบบ TCAS (Thai university Central Admissions System) ทางเว็บไซต์ <https://student.mycas.com> ของสมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (สมาคม ทปอ.) มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

12. การสละสิทธิ์เข้าศึกษา

ผู้ที่ได้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาภายใต้โครงการดังกล่าวแล้ว หากประสงค์จะสละสิทธิ์ ให้ดำเนินการสละสิทธิ์ในระบบ TCAS ตามช่วงเวลาทางสมาคม ทปอ. กำหนด

13. การประกาศรายชื่อผู้ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ผ่านทางเว็บไซต์ <https://entrance.psu.ac.th>

14. สิทธิของผู้ผ่านการคัดเลือก

ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน และเพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต้องเข้าศึกษาในชั้นเรียนเต็มเวลา ตามระเบียบการศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยจะได้รับการสนับสนุนทุนการศึกษาจากพื้นที่ และได้รับการรับรองการจ้างงานในพื้นที่เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และมีการรายงานผลการศึกษาให้กับคณะกรรมการการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ทุกภาคการศึกษา

15. เงื่อนไขการสำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15.1 นักศึกษาต้องศึกษาและผ่านการวัดและประเมินผลรายวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรข้อกำหนด และเงื่อนไขของคณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

15.2 นักศึกษาต้องสอบผ่านภาษาอังกฤษตามมาตรฐานขั้นต่ำที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กำหนด

16. การชำระค่าธรรมเนียมการศึกษา และการรายงานตัวขึ้นทะเบียนเป็นนักศึกษา

ติดตามรายละเอียดในเว็บไซต์ของ ฝ่ายทะเบียนและประมวลผล สำนักงานการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ วิทยาเขตหาดใหญ่ ทางเว็บไซต์ <https://reg.psu.ac.th/reg> ซึ่งจะประกาศให้ทราบในภายหลัง

17. การติดต่อสอบถามรายละเอียดโครงการ

ติดต่อได้ที่ คุณธัญกานต์ แก้วพิบูลย์ งานหลักสูตรปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โทรศัพท์ 074-286450

ประกาศ ณ วันที่ 25 ส.ค. 2565



(รองศาสตราจารย์ ดร.จุฑามาส ศตสุข)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ที่

หนังสือส่งรายชื่อนักเรียนเพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2566

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง จังหวัด
สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....

ขอส่งรายชื่อเรียนที่ผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่เพื่อสมัครคัดเลือกเข้า
ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2566 ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นาง/นางสาว.....
2. นาย/นาง/นางสาว.....
3. นาย/นาง/นางสาว.....

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือส่งรายชื่อต้องมีตราประทับของ อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง และลงนาม
รับรอง โดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน



ที่

หนังสือยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เพื่อสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
โครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2566

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ตำแหน่ง.....
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง จังหวัด.....
สังกัดกอง..... กรม..... กระทรวง.....

ขอยืนยันการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษาของนักเรียนที่ผ่านการคัดเลือกจาก
คณะกรรมการคัดเลือกนักเรียนของพื้นที่ดังรายชื่อในแบบฟอร์ม No-01 และสามารถผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามโครงการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นาย/นาง/นางสาว

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : หนังสือการสนับสนุนทุนการศึกษาและการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา ต้องมีตราประทับของ
อบต./เทศบาลตำบล/เทศบาลเมือง และลงนามรับรองโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน

ที่



หนังสือรับรองการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....
ขอรับรองว่านาย/นางสาว.....ได้รับการฝึกช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ สำหรับผู้ประสงค์จะสมัครเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิต โครงการการสร้างพยาบาล
ของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2566 รวม
ระยะเวลา 10 วัน โดยได้รับประสบการณ์ดังนี้

- การฝึกช่วยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยใน
- การฝึกช่วยปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยนอก
- การฝึกช่วยปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ: - หนังสือรับรองต้องมีตราประทับของโรงพยาบาล และลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- สามารถใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองของหน่วยงาน หรือโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ขอให้ระบุ
การมีประสบการณ์และระยะเวลาการฝึกช่วยปฏิบัติงานให้ชัดเจน

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจสุขภาพร่างกาย
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2566

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

I. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนนอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค/อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้หรือไม่

<u>มี</u>	<u>ไม่มี</u>	<u>อธิบายรายละเอียด</u>
()	()	1. หอบหืด
()	()	2. ไอเป็นเลือด
()	()	3. วัณโรคปอด
()	()	4. ตัวเหลือง ตาเหลือง
()	()	5. เบาหวาน
()	()	6. ลมชัก/เป็นลมบ่อย
()	()	7. ปวดศีรษะ ไมเกรน
()	()	8. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/กระดูกหัก/สมองได้รับการกระทบกระเทือน.....
()	()	9. ความบกพร่องของการได้ยิน/การมองเห็น.....
()	()	10. โรคผิวหนัง (ระบุ)
()	()	11. ภูมิแพ้ (ระบุ)
()	()	12. ใจสั่น/เจ็บหน้าอก/เหนื่อยง่าย
()	()	13. อาการเครียด/วิตกกังวล.....
()	()	14. ได้รับการผ่าตัด
()	()	15. ยาที่ใช้ประจำ (ระบุ).....
()	()	16. อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่มีจริงหรือมีการบิดเบ่งข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษาแล้ว ก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

.....
(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่เดือน.....พ.ศ.

II. PHYSICAL EXAMINATION (to be filled in by physician)

Height.....cm. Blood Pressure...../.....mmHg.
Weight.....kg. Pulse Rateper min
HEENT.....
Chest.....
Abdomen.....
Back.....
Skin.....
Neuro.....

III. LABORATORY EXAMINATION (CHEST X-RAY)

FINDING.....
.....
.....

IV. ความเห็นแพทย์ (เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของผู้รับการตรวจ ต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

.....
.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ
1. ใบรายงานผลการตรวจสุขภาพ ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
 2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/ประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจตาบอดสี
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2566

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของจักษุแพทย์ (เกี่ยวกับตาบอดสีของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อการศึกษาในมหาวิทยาลัย)

() ไม่เป็นตาบอดสี

() มีตาบอดสี ระบุ.....ระดับเล็กน้อย.....ระดับปานกลาง.....ระดับรุนแรง

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ใบรายงานผลการตรวจตาบอดสี ที่สมบูรณ์ ต้องมีตราของโรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่าย และต้องมีลายเซ็นของจักษุแพทย์ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้ได้รับคัดเลือกฯ ต้องไปขอรับการตรวจตาบอดสีจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัยทุกแห่ง

สำหรับติด
รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว

รายงานการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียน เพื่อเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
(โครงการการสร้างพยาบาลของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ประจำปีการศึกษา 2566

(ประทับตราโรงพยาบาลของรัฐ)

ชื่อ-สกุล เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปีเกิด

โรงพยาบาลที่ตรวจ จังหวัด

H.N. วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

ความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก (เกี่ยวกับความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรของผู้รับการตรวจที่มีผลต่อ
การศึกษาในมหาวิทยาลัย)

- () ไม่มีความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวร
() มีความบกพร่องของการได้ยิน (ระบุ).....

อื่น ๆ ระบุ.....

Physician Signature.....M.D.

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- หมายเหตุ 1. ใบรายงานผลการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรที่สมบูรณ์ต้องมีตราของ
โรงพยาบาลประทับคร่อมรูปถ่ายและต้องมีลายเซ็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทาง หู คอ จมูก
ผู้ตรวจกำกับ
2. ผู้สมัครฯ ต้องไปขอรับการตรวจความบกพร่องของการได้ยินแบบถาวรจากโรงพยาบาล
ประจำจังหวัด/หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดของมหาวิทยาลัย
ทุกแห่ง