

### 3. คุณสมบัติทั่วไปของผู้สมัคร

3.1 เป็นผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรอย่างน้อยจำนวน 5 ภาคการศึกษา หรือ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ผลการเรียนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร จำนวน 6 ภาคการศึกษา ไม่ต่ำกว่า 2.75 สายการเรียน วิทยาศาสตร์-คณิต

3.2 ส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

3.3 มีรายการผลการตรวจร่างกายก่อนเข้าสัมภาษณ์ (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย)

3.4 เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อยและรับรองต่อสถาบันฯ ได้ว่าจะตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเต็มความสามารถและจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถาบันฯ ที่มีอยู่แล้ว หรือจะมีต่อไปโดยเคร่งครัดทุกประการ

3.5 ไม่เป็นผู้ถูกให้ออกจากสถานศึกษาใดๆ มาแล้ว เพราะความประพฤติไม่เหมาะสมหรือกระทำความผิดต่างๆ

3.6 ไม่เป็นผู้ถูกลงโทษเนื่องจากการกระทำหรือร่วมกระทำทุจริตในการสอบคัดเลือกทุกประเภท

3.7 ไม่เป็นผู้ที่มีหนี้สินผูกพันกับสถาบันฯ

3.8 ผู้สมัครต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบและรับรองตนเองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามประกาศรับสมัครและกรอกรายละเอียดต่างๆ ในระบบรับสมัครให้ถูกต้องตามความเป็นจริง ในกรณีที่มีความผิดพลาดอันเกิดจากผู้สมัคร หรือไม่ปฏิบัติตามประกาศรับสมัคร จะถือว่าผู้สมัครเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้ การพิจารณาตัดสินคัดเลือกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ถือว่าผลการพิจารณาเป็นที่สิ้นสุด

## เอกสารแนบท้าย

แบบรายงานการตรวจร่างกาย ก่อนการเข้ารับการศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

### รายงานผลการตรวจร่างกาย

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2568

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

#### ส่วนที่ 1 ผู้สมัครสอบคัดเลือกเป็นผู้กรอก

ชื่อ-สกุล  นาย  นางสาว  นาง.....

เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี.....เดือน.....จังหวัดที่เกิด.....ภูมิลำเนา.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

โทร..... E-mail.....

#### 1.1 ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

อาชีพ.....

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

ชื่อมารดา ..... นามสกุล ..... อายุ ..... ปี

อาชีพ.....

ยังมีชีวิต มีโรคประจำตัวคือ .....

ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ .....

#### 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ / การเจ็บป่วย / หรือภาวะดังต่อไปนี้หรือไม่

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด

ความพิการ ..... (เป็นใบ้ พูด  
ไม่ชัด ติดอ่าง ความพิการนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ แขน ขา)

สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์.....

หอบหืด .....

ความดันโลหิตสูง .....

มี ไม่มี อธิบายรายละเอียด (ต่อ)

- ไอเป็นเลือด .....
- วัณโรคปอด .....
- ตัวเหลือง ตาเหลือง .....
- ภาวะไตวายเรื้อรัง .....
- โรคลมชัก .....
- โรคหัวใจ .....
- โรคเบาหวาน .....
- หูหนวก หรือหูตึง .....
- ไข้เลื่อน .....
- กระดูกหัก / บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ .....
- ได้รับการผ่าตัด (ระบุการผ่าตัดที่ได้รับ วันที่ได้รับการผ่าตัด และโรงพยาบาล)  
.....
- ติดสารเสพติดให้โทษ .....
- ความผิดปกติของไทรอยด์ .....
- ภูมิแพ้ / อาการแพ้ต่างๆ .....
- อื่นๆ .....
- ปัจจุบันมีโรคประจำตัวและกำลังรับการรักษา คือ โรค.....  
รักษาที่โรงพยาบาล.....  
ยาที่รับประทานต่อเนื่อง ได้แก่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และรับทราบว่ามีข้อมูลที่ไม่เป็นจริงหรือมีการบิดบังข้อมูล ข้าพเจ้าจะถูกพิจารณาตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และแม้จะได้รับการส่งชื่อเข้าศึกษา แล้วก็จะถูกถอนสภาพจากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ .....	ลงชื่อผู้รับรอง .....
(.....)	(.....)
ผู้สอบคัดเลือก	(บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครอง)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....	วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

## ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอกข้อมูล ใบรับรองการตรวจร่างกายของแพทย์ (ตรวจทุกรายการ)

ผู้ผ่านการคัดเลือกให้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ ให้ไปตรวจร่างกายและเอกซเรย์ทรวงอก ที่ โรงพยาบาลรัฐหรือ  
โรงพยาบาลของเอกชน โดย นำเอกสารฉบับนี้ให้แพทย์ผู้ตรวจ กรอกผลการตรวจร่างกายตามแบบฟอร์มนี้  
และลงนามเป็นหลักฐานพร้อมประทับตราโรงพยาบาลตรงลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

ข้าพเจ้า (นายแพทย์, แพทย์หญิง).....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ออกให้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจ.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้ทำการตรวจร่างกาย (นาย, นาง, นางสาว).....

เลขที่ผู้ป่วย (H.N.)..... วัน/เดือน/ ปีที่เข้าตรวจร่างกาย..... ได้ผล ดังนี้

**ผลการตรวจร่างกายทั่วไป:** น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร BMI.....

อุณหภูมิ..... °C ความดันโลหิต..... mmHg. ชีพจร..... ครั้ง/ นาที

อัตราการหายใจ..... ครั้ง/ นาที

### สรุปผลการตรวจร่างกาย

ปกติ ผิดปกติ อธิบายรายละเอียด

บุคลิกลักษณะและรูปร่าง.....

ความผิดปกติของอวัยวะ.....

ลักษณะแขนและมือ.....

ลักษณะขาและเท้า.....

การออกเสียงพูด.....

ลักษณะในช่องปาก.....

ลักษณะผิวหนัง.....

การเคลื่อนไหวของร่างกาย.....

ตาและการมองเห็น.....

ตาขวา .....

ตาซ้าย .....

ลักษณะของใบหู.....

การได้ยิน.....

Sensorineural hearing loss.....

อื่นๆ ระบุ.....

- คอ.....
- จมูก.....
- ทรวงอก.....
- การทำงานของปอด.....
- การทำงานของหัวใจ.....
- ช่องท้อง.....
- กระดูกสันหลัง.....
- ระบบประสาท.....

**ความผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบ**

.....

.....

**ผลการตรวจรังสีวินิจฉัย**

- ปกติ                       ผิดปกติ

Chest X-ray สรุปผลการตรวจ .....

.....

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนบเอกสารรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกตัว)**

**1) ผลตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count)**

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 .....

**2) ผลตรวจ Urine Analysis (UA)** (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

Albumin  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Sugar  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

Sediments  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

สารเสพติด (มอร์ฟีน, แอมเฟตามีน หรืออื่น ๆ อย่างน้อย ๑ ประเภท)  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ .....

**3) ผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี** (แนบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือหลักฐานการได้รับวัคซีนมาด้วย)

HBsAg  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

Anti-HBs  ปกติ  ผิดปกติ ระบุ.....

ได้รับวัคซีนภูมิคุ้มกัน (ระบุวันที่และสถานพยาบาล).....

ข้าพเจ้ามีความเห็นว่า นาย,นาง,นางสาว .....นามสกุล ..... มีสุขภาพอยู่ใน  
ในประเภท  ปกติ  ผิดปกติระบุ .....

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาล  
โปรดประทับตราโรงพยาบาล

หมายเหตุ : ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ภายใน 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย