



ประกาศคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เรื่อง การตรวจสุขภาพผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา 2570

เพื่อให้บุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เป็นผู้
มีคุณสมบัติเข้าศึกษาตามข้อบังคับสภาการพยาบาล ข้อ13.1 คุณสมบัติผู้เข้าศึกษา 13.1.3 มีสุขภาพสมบูรณ์
ทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือมีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
ดังนั้น จึงขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2570 เข้ารับการตรวจสุขภาพรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจร่างกาย ก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ ทั้ง 3 รอบ

ให้เข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตใกล้บ้าน โดยใช้แบบฟอร์มการตรวจ
สุขภาพตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ซึ่งมีรายการตรวจสุขภาพ ดังนี้

- 1) ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักและส่วนสูง
- 2) ตรวจวัดสายตา
- 3) ตรวจวัดการได้ยิน
- 4) ตรวจสุขภาพทั่วไปโดยแพทย์
- 5) ตรวจเอกซเรย์ปอด

ขอให้ผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ ส่งผลการตรวจสุขภาพตามกำหนดการที่จะประกาศให้ทราบต่อไป

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะดำเนินการอีกครั้งเมื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ได้รับการ
คัดเลือกและลงทะเบียนมีสถานภาพเป็นนิสิตของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เรียบร้อยแล้ว

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. 2569

(รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ใบรับรองแพทย์

ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์เพื่อคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ปีการศึกษา 2570

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ขอรับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ – สกุลผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

สถานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

สมัครในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ระบบ TCAS ปีการศึกษา.....รอบที่.....

☐ Portfolio ☐ Quota..... ☐ Admissions

ข้าพเจ้าขอใบรับรองสุขภาพโดยมีประวัติสุขภาพ ดังนี้

1.โรคประจำตัว ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

2.อุบัติเหตุและผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

3.เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)

ลงชื่อ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์

สถานที่ตรวจ.....เลขที่ใบตรวจสุขภาพ.....วันที่ตรวจ.....(1)

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....(2)

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ชื่อสถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีรายละเอียด ดังนี้

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....เซนติเมตร BMI.....

อุณหภูมิ.....°C ชีพจร.....ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มม.ปรอท

สภาพร่างกายทั่วไป อยู่ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ (ระบุ)

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าว ไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยาเสพติดให้โทษ และอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

(1) โรคเรื้อรังในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (2) วัณโรคในระยะอันตราย

(3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม (4) โรคที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้รับการตรวจ

ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุความผิดปกติที่สำคัญ).....

ผลการวัดการได้ยิน ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

ผลการวัดสายตา ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

ผลการตรวจตาบอดสี ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ

(โปรดระบุหากผิดปกติ).....

(5) อื่น ๆ (โปรดระบุ)

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์.....(3)



ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ/...../.....

หมายเหตุ (1) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 3 เดือน นับตั้งแต่วันที่ตรวจร่างกาย

(2) ต้องเป็นแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(3) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด