



สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
รายการเอกสารหลักฐาน ประกอบการตรวจสอบเอกสารหลักฐาน

สำหรับคณะกรรมการตรวจสอบ

หลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ประเภทโควตา
ชื่อ - ชื่อสกุล เลขบัตรประชาชน เลขที่ใบสมัคร

รายการ				ผลการตรวจสอบ	
				มี	ผ่าน
เอกสารทั่วไป					
1. ใบสมัครที่พิมพ์จากระบบรับสมัครโดยตรง (แบบฟอร์มรหัส entrn001) (ติดรูปถ่ายและลงลายมือชื่อในใบสมัครให้ครบถ้วน)				1	
2. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร พร้อมสำเนา				2	
3. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล (กรณีที่มีหลักฐานใดหลักฐานหนึ่งใช้ชื่อ-ชื่อสกุลไม่ตรงกัน) พร้อมสำเนา				3	
4. ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน พร้อมสำเนา				4	
5. ทะเบียนบ้านที่ใช้ประกอบการสมัคร พร้อมสำเนา (ระบุกรณีเดียว)				5	
☐ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของตนเอง ใช้ชุดเดียวกับข้อ 4 (ไม่น้อยกว่า 1 ปี) ☐ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของบิดา ใช้ทะเบียนบ้านที่มีชื่อบิดาของผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน (ไม่น้อยกว่า 5 ปี) ☐ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของมารดา ใช้ทะเบียนบ้านที่มีชื่อมารดาของผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน (ไม่น้อยกว่า 5 ปี) ☐ ใช้ภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมาย ใช้เอกสารดังนี้ 1) ทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้ปกครองโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้สมัครอยู่อาศัย ณ ปัจจุบัน (ไม่น้อยกว่า 5 ปี) 2) คำสั่งศาลที่บังคับคดีให้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ กรณีที่บิดา มารดาของผู้สมัครไม่มีอำนาจปกครองแล้ว พร้อมสำเนา					
6. ส่วนสูง เซนติเมตร (ต้องมีส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 155 เซนติเมตร)				6	
7. หลักฐานด้านการศึกษา พร้อมสำเนา				7	
☐ กรณีผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ระเบียบสะสมแสดงผลการเรียนตลอดหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) (ร.บ.1 หรือ ป.พ.1 กรณีที่ ร.บ.1 หรือ ป.พ.1 ไม่ได้สรุปหน่วยกิตกลุ่มสาระรายวิชา ให้มีใบรับรองหน่วยกิตจากสถานศึกษา ☐ กรณีผู้ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใช้หลักฐานด้านการศึกษา ดังนี้ 1) ระเบียบสะสมแสดงผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ป.พ.1) 6 ภาคการศึกษา แบบไม่ถ่วงน้ำหนัก O-NET 2) ใบรับรองหน่วยกิตจากสถานศึกษาที่แสดงจำนวนหน่วยกิตกลุ่มสาระการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ ภาษาอังกฤษ ในภาคการศึกษาที่ 6 (แบบฟอร์มรหัส entrn006) โดยผลการเรียนสะสมเป็นแบบไม่ถ่วงน้ำหนัก O-NET ☐ กรณีผู้สำเร็จการศึกษาลงทะเบียนการศึกษานอกโรงเรียน เทียบเท่าหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายในระบบโรงเรียน ใช้หลักฐานด้านการศึกษา ดังนี้ 1) ระเบียบสะสมแสดงผลการเรียนหลักสูตรการศึกษานอกโรงเรียน เทียบเท่าหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนปลายในระบบโรงเรียน 2) ใบรับรองการศึกษาจากสถานศึกษาที่แสดงเป็นหลักฐานว่าได้ศึกษาภาคปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับหมวดวิชาวิทยาศาสตร์					
ก ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) (GPAX GPA วิทยะ และ GPA คณิต ต้องไม่น้อยกว่า 2.00)				ก	
หน่วยการเรียนรู้ตามกลุ่มสาระ		GPA	จำนวนหน่วยกิต/หน่วยการเรียนรู้ ตามหลักสูตร		
			พ.ศ.2524 (แก้ไข 2533)	พ.ศ.2544 - ปัจจุบัน	
ข	• วิทยาศาสตร์		• โครงสร้าง 2 ไม่น้อยกว่า 25	ไม่น้อยกว่า 22	ข
			• โครงสร้าง 3 ไม่น้อยกว่า 21		
ค	• คณิตศาสตร์		• โครงสร้าง 1 ไม่น้อยกว่า 15	ไม่น้อยกว่า 12	ค
ง	• ภาษาอังกฤษ	-	ไม่น้อยกว่า 12	ไม่น้อยกว่า 9	ง
8. ประกาศผลการทดสอบความถนัดจากสถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน) พร้อมสำเนา ให้ใช้ประกาศผลฯ ที่ทางโรงเรียนได้ลงนามรับรองแล้ว				8	
จ • ผลการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT) ได้ คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 100 คะแนน)				จ	
ฉ • ผลการทดสอบความถนัดทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ (PAT2) ได้ คะแนน (ต้องไม่น้อยกว่า 70 คะแนน)				ฉ	
9. ผลการตรวจร่างกาย ตามแบบรายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา 2558 ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (ต้องตรวจให้เรียบร้อยและส่งแบบรายงานผลการตรวจฯ ในวันสัมภาษณ์)				9	
เอกสารเฉพาะโควตา					
10. ไม่มี				10	

กรรมการตรวจเอกสารบันทึก

ให้ผู้เข้าสัมภาษณ์ลงนามรับรองสำเนาเอกสารทุกฉบับ
และคืนเอกสารฉบับจริง

ลงชื่อ กรรมการตรวจเอกสาร
(.....)



รายงานผลการตรวจร่างกายของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๘
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ ๑ ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาเป็นผู้กรอก

เขียนที่ _____
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ชื่อ(นาย,นาง,นางสาว) _____ นามสกุล _____ อายุ _____ ปี
เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ สถานที่เกิด _____ จังหวัด _____

- ☐ ข้าพเจ้าได้ตรวจว่าแพทย์ได้ลงผลการตรวจร่างกายครบทุกรายการ (ให้ลงรายการหลังจากแพทย์ลงความเห็นเรียบร้อยแล้ว)
(ผลการตรวจที่ไม่ครบทุกรายการ อาจทำให้ท่านเสียสิทธิ์การผ่านผลการตรวจร่างกาย)

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา

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 _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากตรวจพบภายหลังว่าไม่ถูกต้อง
หรือไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมสละสิทธิ์จากการเป็นนักศึกษา

ลงชื่อ _____

(ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา)

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	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ลักษณะแขนและมือ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ลักษณะขาและเท้า	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
กระดูกและกล้ามเนื้อ	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
การออกเสียงพูด	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ลักษณะในช่องปาก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ลักษณะผิวหนัง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
โรคเรื้อรัง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ _____	
การเคลื่อนไหวของร่างกาย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ระบบประสาท	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
โรคเท้าช้าง	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ _____	
โรคลมชัก	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ _____	
การมองเห็น (VA) ตาขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
การมองเห็น (VA) ตาซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ตาบอดสี (โดยเฉพาะแม่สี)	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	ระบุ _____		
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ใบหูและลักษณะภายนอกของ หูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
การได้ยินหูขวา	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
การได้ยินหูซ้าย	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
จมูก	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ต่อมไทรอยด์	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
ต่อมน้ำเหลือง	☐ ปกติ	☐ ผิดปกติ	ระบุ _____	
โรคจิต สุขภาพจิต	☐ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา			
	☐ เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา	ระบุ _____		
โรคคนเฝ้า	☐ ไม่เป็น	☐ เป็น	ระบุ _____	
การทำงานของหัวใจ	☐ ปกติ	☐ 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 _____
 Basophil ☐ 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) _____

(_____)
 แพทย์ผู้ตรวจประจำโรงพยาบาลของรัฐ



ส่วนที่ ๓ คุณลักษณะด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา จะต้องไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ และไม่เป็นโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ดังนี้

๑. โรคหัวใจที่มีพยาธิสภาพที่หัวใจ ทั้งชนิดเป็นมาแต่กำเนิดและมาเป็นภายหลัง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๒. มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้
 - ๒.๑ ตาบอดแม้แต่ข้างเดียว
 - ๒.๒ ตาบอดสี โดยเฉพาะแม่สี หรือตาบอดสีชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการตรวจอย่างละเอียดแล้ว
 - ๒.๓ ระดับการมองเห็นในตาข้างใดข้างหนึ่ง เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้ว ยังวัดได้ต่ำกว่า ๖/๑๒ หรือ ๒๐/๔๐
 - ๒.๔ ตาพิการ หรือมีความผิดปกติ เช่น ตาเหล่
๓. หูหนวก ชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือหูตึงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing aid) แล้วการได้ยินไม่ปกติ แม้แต่ข้างเดียว หรือโรคหูอื่นๆ ซึ่งแพทย์เฉพาะทางและคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่า เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๔. วัณโรคปอดในระยะติดต่อเรื้อรัง หรือโรคติดต่อในระยะอันตราย ที่จะมีผลต่อผู้รับบริการ หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวร อันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๕. โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่า มีแนวโน้มเกิดอันตรายจากความเครียดระหว่างการศึกษา
๖. โรคไตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
๗. โรคเบาหวานทุกระดับ
๘. โรคจิต หรือมีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งจิตแพทย์คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๙. เสพสารเสพติดทุกชนิด และโรคพิษสุราเรื้อรัง
๑๐. โรคคนเผลอ
๑๑. โรคและอาการอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยพิจารณาเป็นรายหลักสูตร เช่น
 - ๑๑.๑ ร่างกายต้องไม่ผิดปกติ หรือพิการจนเสียบุคลิกลักษณะ เช่น ศีรษะและส่วนประกอบของใบหน้าผิดปกติ แขน ขา มือ หรือเท้าผิดปกติ ซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๒ กระดูก หรือกล้ามเนื้อบางส่วนมีความพิการที่มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เท้าปุก อัมพาตหรือมีกล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรง ทำให้เสียบุคลิกลักษณะซึ่งคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายเห็นว่าไม่เหมาะสมต่อวิชาชีพและลักษณะงาน
 - ๑๑.๓ โรคเรื้อน หรือโรคผิวหนังที่มีความผิดปกติเห็นเด่นชัดจนเสียบุคลิกลักษณะ
 - ๑๑.๔ โรคเท้าช้าง
 - ๑๑.๕ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อันจะก่ออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (โรคลมชักที่ไม่มีอาการชักมาแล้วอย่างน้อย ๓ ปี โดยมีการรับรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถือเป็นโรคลมชักที่ควบคุมได้)

หมายเหตุ คณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการตรวจร่างกายควรประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในแต่ละสาขาหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข