

ผนวก ข

กำหนดการทดสอบบุคลิกภาพ (ผู้สมัครเข้าเป็นนักเรียนผู้ช่วยพยาบาลกองทัพบก)

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพ

วันพุธที่ 14 มิ.ย. 66 เวลา 07.00 – 12.00 น. ณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

-
- 07.00 - 0800 น. - ผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบ รายงานตัว บริเวณหน้ากองการปกครอง
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- ส่ง ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน
 - ชำระเงินค่าทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
- 08.00 น. - ผู้เข้าสอบ เข้าห้องสอบตามบัตรคิวที่คณะกรรมการแจกให้หลังรายงานตัว
- หลังเข้าห้องสอบ ให้ผู้เข้าสอบเซ็นชื่อเข้าสอบ ใบยินยอมทดสอบบุคลิกภาพ
- 08.30 - 12.00 น. - ทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ
-

ข้อปฏิบัติในการเตรียมตัวสอบ

- การแต่งกาย: กางเกงกีฬาชายาวสีดำหรือสีกรมท่า เสื้อยืด (ไม่ระบุสี) และรองเท้าผ้าใบ
- เซ็นชื่อรายงานตัวในใบการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ทดสอบบุคลิกภาพทุกคน
- ชำระเงินค่าทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท/คน (กรุณาเตรียมเงินมาให้พอดี)
- เตรียม อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบให้พร้อมใช้ : 1) ปากกาลูกกลิ้งสีน้ำเงินสำหรับระบายลงกระดาษคำตอบ 2) ลิควิดเปเปอร์ สำหรับแก้คำตอบ (ห้ามใช้ปากกาหมึกซึม)
- เตรียมบัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน และ ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)
- ผู้เข้าสอบต้องสวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19

หมายเหตุ ไม่นับญาติให้ผู้สมัครฯ ที่มารายงานตัวหลังเวลา 08.30 น. เข้าห้องสอบ

ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)

(กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

ชื่อ ยศ, นาย, นาง, นางสาว.....สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....
 อายุ.....ปี .เพศ ชาย หญิง สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....
 สถานภาพ แต่งงาน โสด ม่าย หย่า สังกัด.....
 จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 30 บาท ประกันสังคม บัตรผ่านศึก เงินสด อื่นๆ.....
 เลขที่บัตรประชาชน - - - หมู่เลือด A B O AB ไม่ทราบ

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
 ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา..... คู่สมรส.....
 ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 ติศค่อที่..... โทร.....

ห้องตรวจโรค.....วันที่.....เวลา.....น. ลงนามเจ้าหน้าที่.....

(สำหรับผู้ป่วยกรอกข้อมูล) ยศ/ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....
 (สำหรับพยาบาลคัดกรอง) บันทึกอาการที่มาพบแพทย์.....
 ประวัติการแพ้ยา ไม่ทราบ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา แพ้ (โปรดระบุชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้).....
 ลักษณะผู้ป่วย เดินได้ รดนั่ง - นอน จดหมายส่งตัว ผลการวินิจฉัย อื่นๆ.....

อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ครอบครัว
ชั้น 2 <input type="checkbox"/> MAMMO/ULTRASOUND <input type="checkbox"/> CT.SCAN <input type="checkbox"/> DSA
ชั้น 3 <input type="checkbox"/> อายุรกรรม <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ <input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> พันธุกรรม <input type="checkbox"/> ไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ไชข้อ <input type="checkbox"/> มะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> โลหิตวิทยา <input type="checkbox"/> ผิวหนัง <input type="checkbox"/> ติดเชื้อ <input type="checkbox"/> ทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไต <input type="checkbox"/> ประสาทวิทยา <input type="checkbox"/> โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง <input type="checkbox"/> มะเร็งปอด
ชั้น 4 <input type="checkbox"/> สมรรถภาพปอด <input type="checkbox"/> ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต <input type="checkbox"/> โลหิตวิทยา <input type="checkbox"/> เคมีบำบัด/มะเร็งวิทยา <input type="checkbox"/> ต่อมกึ่งทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> แผนกกรุมตัก
ชั้น 6 <input type="checkbox"/> หู คอ จมูก <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ หู คอ จมูก <input type="checkbox"/> ห้องตรวจตา <input type="checkbox"/> เลเซอร์ตา
ชั้น 7 <input type="checkbox"/> ศัลยกรรมทั่วไป <input type="checkbox"/> ศัลยกรรมประสาท <input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ศัลยกรรมตกแต่ง <input type="checkbox"/> ลำไส้ใหญ่ <input type="checkbox"/> ศัลยกรรมทรวงอก
ชั้น 9 <input type="checkbox"/> คลินิกระงับปวด ชั้น 15 <input type="checkbox"/> จิตเวช

อาคารพัชรกิติยาภา
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> กุมาร <input type="checkbox"/> ผ่ากรรกร์ <input type="checkbox"/> นรีเวช <input type="checkbox"/> วิทยทอง <input type="checkbox"/> มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว <input type="checkbox"/> มะเร็งนรีเวช
ชั้น 3 <input type="checkbox"/> ไตเทียมกุมาร
อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 <input type="checkbox"/> ห้องฉุกเฉิน
อาคารสมเด็จพระยา 90
ชั้น G <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ MRI ชั้น 3 <input type="checkbox"/> สวนหัวใจ <input type="checkbox"/> สมรรถภาพหัวใจ ชั้น 1 <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ ชั้น 8 <input type="checkbox"/> คลินิกชายวิทยทอง ชั้น 8 <input type="checkbox"/> เวชศาสตร์การบิน
ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> คลินิกวัณโรค ชั้น 3 <input type="checkbox"/> โภชนบำบัด ชั้น 3 <input type="checkbox"/> ดำงไต ชั้น 2 <input type="checkbox"/> นิตเวช ชั้น 3 <input type="checkbox"/> ศูนย์วิจัยการแพทย์ ชั้น 3 <input type="checkbox"/> คลินิกระงับปวด
อาคารมหาวิราลงกรณ์
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> กระดูก
อาคาร 8 ชั้น
ชั้น 8 <input type="checkbox"/> ตรวจต่างประเทศ/สูทกรรม <input type="checkbox"/> ชั้น 1 <input type="checkbox"/> จิตเวช <input type="checkbox"/> OPD. รังสีรักษา(ตึกรังสีรักษา ชั้น 1) <input type="checkbox"/> OPD. เวชศาสตร์นิวเคลียร์(ตึกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 3) <input type="checkbox"/> DPD. เวชศาสตร์ฟื้นฟู(ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2)

เจ้าหน้าที่คัดกรอง.....วันที่.....เวลา.....น.

ตัวอย่าง

ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)

(กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

ชื่อ ยศ, นาย, นาง, นางสาว... ก่อไม้ สกศ... ใบหญ้า... วันเดือนปีเกิด... 24/02/2546
อายุ... 20 ปี เพศ... ชาย... หญิง... สัญชาติ... ไทย... เชื้อชาติ... ไทย... ศาสนา... พุทธ... อาชีพ...
สถานภาพ... แต่งงาน... โสด... ม่าย... หย่า... สังกัด...
จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง... 30 บาท... ประกันสังคม... บัตรผ่านศึก... เงินสด... อื่นๆ...
เลขที่บัตรประชาชน... หมู่เลือด... A... B... O... AB... ไม่ทราบ

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่... 11-1... หมู่ที่... 1... ซอย... ถนน...
ตำบล... สัตตนะ อำเภอ... สัตตนะ จังหวัด... รวบ
โทรศัพท์บ้าน... โทรศัพท์ที่ทำงาน... โทรศัพท์มือถือ... 000-000-0000
ชื่อบิดา... นาย นอ ใบหญ้า ชื่อมารดา... นาง นอ ใบหญ้า... คู่สมรส...
ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน... นาย นอ ใบหญ้า... เกี่ยวข้องเป็น... ญาติ
ติดต่อที่... 11-1 ม.1 ต. สัตตนะ อ. สัตตนะ จ. รวบ... โทร... 000-000-0000

ห้องตรวจโรค... วันที่... เวลา... น. ลงนามเจ้าหน้าที่

(สำหรับผู้ป่วยกรอกข้อมูล) ยศ/ชื่อผู้ป่วย... สกศ...
(สำหรับพยาบาลคัดกรอง) บันทึกอาการที่มาพบแพทย์...
ประวัติการแพ้ยา... ไม่ทราบ... ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา... แพ้ (โปรดระบุชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้)...
ลักษณะผู้ป่วย... เดินได้... รดน้ำ - นอน... จดหมายส่งตัว... ผลการวินิจฉัย... อื่นๆ...

- อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
ชั้น 1... เวชศาสตร์ครอบครัว
ชั้น 2... MAMMO/ULTRASOUND... CT.SCAN... DSA
ชั้น 3... อายุรกรรม... ภูมิแพ้... หัวใจ...
เบหเวาน... พันธุกรรม... ไทรอยด์...
ใจข้อ... มะเร็งวิทยา... โลหิตวิทยา...
ผิวหนัง... ติดเชื้อ... ทางเดินหายใจ... ไต...
โรคลิ้นหัวใจ... ประสาทวิทยา...
โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง... มะเร็งปอด
ชั้น 4... สมรรถภาพปอด... ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต...
โลหิตวิทยา... เคมีบำบัด/มะเร็งวิทยา...
ส่องกล้องทางเดินอาหาร... แผนกฉุกเฉิน
ชั้น 6... หู คอ จมูก... ภูมิแพ้ หู คอ จมูก...
ห้องตรวจตา... ศัลยกรรมตา
ชั้น 7... ศัลยกรรมทั่วไป... ศัลยกรรมประสาท...
ทางเดินปัสสาวะ... ศัลยกรรมตกแต่ง...
สูติศาสตร์... ศัลยกรรมทรวงอก
ชั้น 9... คลินิกมะเร็งปอด... ชั้น 15... จิตเวช

- อาคารพัชรกิติยาภา
ชั้น 1... กุมาร... ผ่าศกรรค์... เวช... วิทยทอง...
มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว... มะเร็งรังไข่...
ชั้น 3... ไตเทียมกุมาร
อาคารท่านผู้หญิงปราณีศรี
ชั้น 1... ห้องฉุกเฉิน... ชั้น 2... ห้องฉุกเฉิน...
ชั้น 3... ห้องฉุกเฉิน...
ชั้น 1... ผู้สูงอายุ... ชั้น 8... คลินิกชายวัยทอง... ชั้น 8... เวชศาสตร์การบิน
ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์
ชั้น 1... คลินิกวัณโรค... ชั้น 3... โภชนบำบัด... ชั้น 3... ล้างไต...
ชั้น 2... นิติเวช... ชั้น 3... ศูนย์วิจัยการแพทย์... ชั้น 3... คลินิกมะเร็งปอด
อาคารมหาวชิราลงกรณ์
ชั้น 1... กระดูก
อาคาร 8 ชั้น
ชั้น 8... ตรวจต่างประเทศ/ศูทกรรม... ชั้น 1... จิตเวช...
ชั้น 8... ผังเข็ม
OPD. รังสีรักษา (เด็กรังสีรักษา ชั้น 1)
OPD. เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (เด็กเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 3)
DPD. เวชศาสตร์ฟื้นฟู (เด็กเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2)

ไม่ต้องกรอก

เจ้าหน้าที่คัดกรอง... วันที่... เวลา... น.