

ผนวก ข

กำหนดการเข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพและทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
วันศุกร์ที่ 7 มิ.ย.67 เวลา 07.00 - 16.30 น. ณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

- 07.00 – 08.00 น. - ผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบฯ รายงานตัว บริเวณหน้าอาคารกองการปกครอง
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- ส่งใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน
- ชำระเงินค่าทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
- 08.00 น. - ผู้เข้าสอบเข้าห้องสอบตามบัตรคิวที่คณะกรรมการแจกให้หลังรายงานตัว
- หลังเข้าห้องสอบให้ผู้เข้าสอบเซ็นชื่อเข้าสอบ และใบยินยอมทดสอบบุคลิกภาพ
- 08.30 - 12.00 น. - ทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ
- 13.00 – 16.00 น. - ทำการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย

ข้อปฏิบัติในการเตรียมตัวสอบ

- การแต่งกาย: เสื้อกีฬา (ไม่ระบุสี) กางเกงกีฬาขาสั้นหรือสีกรมท่า และรองเท้าผ้าใบ
- เซ็นชื่อรายงานตัวในใบการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ทดสอบบุคลิกภาพทุกคน
- ชำระเงินค่าทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท/คน (กรุณาเตรียมเงินสดมาให้พอดี)
- เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบให้พร้อมใช้ :
 - 1) ปากกาลูกลื่นสีน้ำเงินสำหรับระบายลงกระดาษคำตอบ (ห้ามใช้ปากกาหมึกซึม)
 - 2) ลิควิดเปเปอร์ สำหรับแก้คำตอบ
- เตรียมบัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน และ ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)
- ผู้เข้าสอบต้องสวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19

หมายเหตุ ไม่อนุญาตให้ผู้สมัครฯ ที่มารายงานตัวหลังเวลา 08.30 น. เข้าห้องสอบ

ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)

(กรณเขียนตัวบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

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.....
 โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....
 ชื่อบิดา.....ชื่อมารดา.....คู่สมรส.....
 ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 ติดต่อที่.....โทร.....

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

(สำหรับผู้ป่วยกรอกข้อมูล) ยศ/ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....
 (สำหรับพยาบาลคัดกรอง) บันทึกอาการที่มาพบแพทย์.....
 ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ (โปรดระบุชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้).....
 ลักษณะผู้ป่วย ☐ เดินได้ ☐ รนั่ง - 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"/> ต้องกลืนทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> แผนกกุมารติก	
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"/> คลินิกมะเร็งปอด ชั้น 15 <input type="checkbox"/> จิตเวช	

อาคารพัชรกิติยาภา	
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> กุมาร <input type="checkbox"/> ผ่ากรรค์ <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"/> สวมหัวใจ <input type="checkbox"/> สมรรถภาพหัวใจ	
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ ชั้น 8 <input type="checkbox"/> กลินิกชายวัยทอง ชั้น 8 <input type="checkbox"/> เวชศาสตร์การบีน	
ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์	
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> กลินิกวัณโรค ชั้น 3 <input type="checkbox"/> โภชนบำบัด ชั้น 3 <input type="checkbox"/> ล้างไต	
ชั้น 2 <input type="checkbox"/> นิติเวช ชั้น 3 <input type="checkbox"/> ศูนย์วิจัยการแพทย์ ชั้น 3 <input type="checkbox"/> กลินิกมะเร็งปอด	
อาคารมหาชิราลงกรณ์	
ชั้น 1 <input type="checkbox"/> กระดูก	
อาคาร 8 ชั้น	
ชั้น 8 <input type="checkbox"/> ตรวจต่างประเทศ/สุทกรรม	ชั้น 1 <input type="checkbox"/> จิตเวช ชั้น 8 <input type="checkbox"/> ผังเขิม
<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)

(กรุณาเขียนด้วยบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

ชื่อ ยศ, นาย, นาง, นางสาว... กอล์ฟ นามสกุล ไข่มุก วันเดือนปีเกิด 24/02/2546
 อายุ 20 ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ -
 สถานภาพ ☐ แต่งงาน ☒ โสด ☐ ม่าย ☐ หย่า สังกัด -
☐ ย้ายตรงกรมบัญชีกลาง ☐ 30 บาท ☐ ประกันสังคม ☐ บัตรผ่านศึก ☒ เงินสด ☐ อื่นๆ -
 เลขที่บัตรประชาชน 0-00000-00000-00-0 หมู่เลือด ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB ☒ ไม่ทราบ

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 11-1 หมู่ที่ 1 ซอย - ถนน -
 ตำบล สีตวัน อำเภอ สีตวัน จังหวัด ชลบุรี
 โทรศัพท์บ้าน - โทรศัพท์มือถือ 000-000-0000
 ชื่อบิดา นาง นอ ไข่มุก ชื่อมารดา นาง นอ ไข่มุก คู่สมรส -
 ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน นาง นอ ไข่มุก เกี่ยวข้องเป็น บิดา
 ติดต่อที่ 11-1 หมู่ 1 ต. สีตวัน อ. สีตวัน จ. ชลบุรี โทร 000-000-0000

ห้องตรวจโรค - วันที่ - เวลา - น. ลงนามเจ้าหน้าที่ -

(สำหรับผู้ป่วยกรอกข้อมูล) ยศ/ชื่อผู้ป่วย - นามสกุล -
 (สำหรับพยาบาลคัดกรอง) บันทึกอาการที่มาพบแพทย์ -
 ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ (โปรดระบุชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้) -
 ลักษณะผู้ป่วย ☐ เดินได้ ☐ รอนั่ง - นอน ☐ จดหมายส่งตัว ☐ ผลการวินิจฉัย ☐ อื่นๆ -

อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
 ชั้น 1 ☐ เวชศาสตร์ครอบครัว
 ชั้น 2 ☐ MAMMO/ULTRASOUND ☐ CT.SCAN ☐ DSA
 ชั้น 3 ☐ อายุรกรรม ☐ ภูมิแพ้ ☐ หัวใจ
☐ เบาหวาน ☐ พันธุกรรม ☐ ไทรอยด์
☐ ไขข้อ ☐ มะเร็งวิทยา ☐ โลหิตวิทยา
☐ ผิวหนัง ☐ ติดเชื้อ ☐ ทางเดินหายใจ
☐ ทางเดินหายใจ ☐ ไต ☐ ประสาทวิทยา
☐ โรคติดต่อ/โรคดื้อกันเรื้อรัง ☐ มะเร็งปอด

ชั้น 4 ☐ สมรรถภาพปอด ☐ ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต
☐ โลหิตวิทยา ☐ เคมีบำบัด/มะเร็งวิทยา
☐ ส่งกลืนทางเดินอาหาร ☐ แผนกฉุกเฉิน

ชั้น 6 ☐ หู คอ จมูก ☐ ภูมิแพ้ หู คอ จมูก
☐ ห้องตรวจตา ☐ เลเซอร์ตา

ชั้น 7 ☐ ศัลยกรรมทั่วไป ☐ ศัลยกรรมประสาท
☐ ทางเดินปัสสาวะ ☐ ศัลยกรรมตกแต่ง
☐ ลำไส้ใหญ่ ☐ ศัลยกรรมทรวงอก

ชั้น 9 ☐ คลินิกกระดูก ชั้น 15 ☐ จิตเวช

อาคารพัชรกิติยาภา
 ชั้น 1 ☐ กุมาร ☐ ผ่ากรรภ์ ☐ ผิวเวช ☐ วิทยทอง
☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช
 ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร

อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี
 ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 ☐ ห้องฉุกเฉิน
 ชั้น 3 ☐ 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 ☐ คลินิกกระดูก

อาคารมหาชิราลงกรณ์ ชั้น 1 ☐ กระดูก

อาคาร 8 ชั้น ชั้น 1 ☐ จิตเวช
 ชั้น 8 ☐ ตรวจต่างประเทศ/สุากรรม ชั้น 8 ☐ ผังเขม
☐ OPD. รังสีรักษา(ตึกรังสีรักษา ชั้น 1)
☐ OPD. เวชศาสตร์นิวเคลียร์(ตึกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 3)
☐ DPD. เวชศาสตร์ฟื้นฟู(ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2)

เจ้าหน้าที่คัดกรอง - วันที่ - เวลา - น.

ไม่ต้องกรอก