ผนวก ก

กำหนดการทดสอบบุคลิกภาพ (ผู้สมัครเข้าเป็นนักเรียนพยาบาลกองทัพบก)

สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพ

วันอังคารที่ 6 พ.ค. 68 เวลา 07.00 – 12.00 น. ณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

.....

07.00-07.45 น. - ผู้เข้าสอบรายงานตัว บริเวณหน้ากองการปกครอง วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- ส่งเอกสาร ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน
- ชำระเงินค่าทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)

07.50 น. - ผู้เข้าสอบเข้าแถว หน้ากองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกตามบัตรคิว

08.00 น. - เข้าห้องสอบ ให้ผู้เข้าสอบเซ็นชื่อเข้าสอบ และวางบัตรประจำตัวประชาชน (<u>ตัวจริง</u>) พร้อมบัตรคิวไว้ที่โต๊ะสอบ

08.30 - 12.00 น. - ทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ และเซ็นใบยินยอมทดสอบบุคลิกภาพ และตรวจร่างกายภายหลังทำการทดสอบ

.....

ข้อปฏิบัติในการเตรียมตัวสอบ

- การแต่งกาย : กางเกงกีฬาขายาวสีดำหรือสีกรมท่า เสื้อยืด และรองเท้าผ้าใบ
- เซ็นชื่อรายงานตัวในใบการประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ทดสอบบุคลิกภาพทุกคน
- ชำระเงินค่าทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท/คน (<u>กรุณาเตรียมเงินมาให้พอดี)</u>
- เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบให้พร้อมใช้ : ปากกาสีน้ำเงินสำหรับฝนข้อสอบ (<u>ห้ามใช้ปากกาหมึกซึม</u>) ลิควิดเปเปอร์ สำหรับแก้คำตอบ
- เตรียมบัตรประจำตัวประชาชน (<u>ตัวจริง</u>) และเอกสาร ดังนี้
  1) สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
  2) ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) 1 ฉบับ
- ผู้เข้าสอบต้องสวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

<u>หมายเหตุ</u> ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพฯ ทุกคน มารายงานตัว ภายในเวลา 08.00 น.

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.....

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 ☐ รถนั่ง - 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 ☐ ทางเดินอาหาร
☐ ทางเดินหายใจ ☐ ไต ☐ ประสาทวิทยา
☐ โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ มะเร็งปอด

ชั้น 4 ☐ สมรรถภาพปอด ☐ ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต
☐ โลหิตวิทยา ☐ เคมีบำบัด/มะเร็งวิทยา
☐ ส่องกล้องทางเดินอาหาร ☐ แผนกกรูมาติก

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

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

ชั้น 9 ☐ คลินิกระงับปวด **ชั้น 15** ☐ จิตเวช

อาคารพัชรกิติยาภา

ชั้น 1 ☐ กุมาร ☐ ฝากครรภ์ ☐ นรีเวช ☐ วัยทอง
☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช

ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร

อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี

ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน **ชั้น 2** ☐ ห้องฉุกเฉิน

อาคารสมเด็จย่า 90

ชั้น G ☐ เอ็กซเรย์ MRI **ชั้น 3** ☐ สวนหัวใจ ☐ สมรรถภาพหัวใจ

ชั้น 1 ☐ ผู้สูงอายุ **ชั้น 8** ☐ คลินิกชายวัยทอง **ชั้น 8** ☐ เวชศาสตร์การบิน

ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์

ชั้น 1 ☐ คลินิควัณโรค **ชั้น 3** ☐ โภชนบำบัด **ชั้น 3** ☐ ล้างไต

ชั้น 2 ☐ นิติเวช **ชั้น 3** ☐ ศูนย์วิจัยการแพทย์ **ชั้น 3** ☐ คลินิกระงับปวด

อาคารมหาวชิราลงกรณ์

ชั้น 1 ☐ กระดูก

อาคาร 8 ชั้น

ชั้น 1 ☐ จิตเวช

ชั้น 8 ☐ ตรวจต่างประเทศ/สูทกรรม **ชั้น 8** ☐ ฝังเข็ม

☐ OPD. รังสีรักษา(ตึกรังสีรักษา ชั้น 1)
☐ OPD. เวชศาสตร์นิวเคลียร์(ตึกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 3)
☐ DPD. เวชศาสตร์ฟื้นฟู(ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2)

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

ตัวอย่าง

ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)

(กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

ชื่อ ยศ,นาย,นาง,นางสาว กอไม้ สกุล 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 0-0000-00000-00-0 หมู่เลือด ☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB ☑ ไม่ทราบ

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 11-1 หมู่ที่ 1 ซอย – ถนน –

ตำบล สัตหีบ อำเภอ สัตหีบ จังหวัด ชลบุรี

โทรศัพท์บ้าน – โทรศัพท์ที่ทำงาน – โทรศัพท์มือถือ 000-000-0000

ชื่อบิดา นาย กอ ใบหญ้า ชื่อมารดา นาง บอ ใบหญ้า คู่สมรส –

ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน นาย กอ ใบหญ้า เกี่ยวข้องเป็น บิดา

ติดต่อที่ 11-1 ม.1 ต. สัตหีบ อ. สัตหีบ จ. ชลบุรี โทร 000-000-0000

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

(สำหรับผู้ป่วยกรอกข้อมูล) ยศ/ชื่อผู้ป่วย..... สกุล.....

(สำหรับพยาบาลคัดกรอง) บันทึกอาการที่มาพบแพทย์.....

ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ (โปรดระบุชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้).....

ลักษณะผู้ป่วย ☐ เดินได้ ☐ รถนั่ง - 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 ☐ ทางเดินอาหาร
☐ ทางเดินหายใจ ☐ ไต ☐ ประสาทวิทยา
☐ โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ มะเร็งปอด

ชั้น 4 ☐ สมรรถภาพปอด ☐ ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต
☐ โลหิตวิทยา ☐ เคมีบำบัด/มะเร็งวิทยา
☐ ส่องกล้องทางเดินอาหาร ☐ แผนกกรูมาติก

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

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

ชั้น 9 ☐ คลินิกระงับปวด ชั้น 15 ☐ จิตเวช

อาคารพัชรกิติยาภา

ชั้น 1 ☐ กุมาร ☐ ฝากครรภ์ ☐ นรีเวช ☐ วัยทอง
☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช

ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร

อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี

ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 ☐ ห้องฉุกเฉิน

อาคารสมุดจอก 90

ชั้น 1 ☐ เอ็กซเรย์/MRI ชั้น 3 ☐ สวนหัวใจ ☐ สมรรถภาพหัวใจ

ชั้น 1 ☐ ผู้สูงอายุ ชั้น 8 ☐ คลินิกชายวัยทอง ชั้น 8 ☐ เวชศาสตร์การบิน

ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์

ชั้น 1 ☐ คลินิควัณโรค ชั้น 3 ☐ โภชนบำบัด ชั้น 3 ☐ ล้างไต

ชั้น 2 ☐ นิติเวช ชั้น 3 ☐ ศูนย์วิจัยการแพทย์ ชั้น 3 ☐ คลินิคระงับปวด

อาคารมหาวชิราลงกรณ์

ชั้น 1 ☐ กระดูก

อาคาร 8 ชั้น

ชั้น 1 ☐ จิตเวช

ชั้น 8 ☐ ตรวจต่างประเทศ/สูทกรรม ชั้น 8 ☐ ฝังเข็ม

☐ OPD. รังสีรักษา (ตึกรังสีรักษา ชั้น 1)
☐ OPD. เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (ตึกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 3)
☐ DPD. เวชศาสตร์ฟื้นฟู (ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2)

ไม่ต้องกรอก

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