

ผนวก ค

กำหนดการทดสอบบุคลิกภาพ (ผู้สมัครเข้าเป็นนักเรียนผู้ช่วยพยาบาลกองทัพบก)
สำหรับผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพ
วันพฤหัสบดี ที่ 12 มิ.ย. 68 เวลา 07.00 – 12.00 น. ณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

.....

- 07.00 - 07.45 น. - ผู้เข้าสอบรายงานตัว บริเวณหน้ากองการปกครอง วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- ส่งเอกสารใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน
- ชำระเงินค่าทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
- 07.50 น. - ผู้เข้าสอบเข้าแถวหน้าอาคารกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกตามบัตรคิว
- 08.00 น. - ผู้เข้าสอบเข้าห้องสอบ โดยให้ผู้เข้าสอบเซ็นชื่อเข้าสอบ และวางบัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) พร้อมบัตรคิวไว้ที่โต๊ะสอบ
- 08.30 - 12.00 น. - ทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ และเซ็นใบยินยอมทดสอบบุคลิกภาพ
-

ข้อปฏิบัติในการเตรียมตัวสอบ

- การแต่งกาย : กางเกงกีฬาขาสั้นสีเข้มหรือสีกรมท่า เสื้อกีฬา และรองเท้าผ้าใบ
 - เซ็นชื่อรายงานตัวลงในใบประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ทดสอบบุคลิกภาพทุกคน
 - ชำระเงินค่าทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท/คน (กรุณาเตรียมเงินมาให้พอดี)
 - เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบให้พร้อมใช้ : ปากกาสีน้ำเงินสำหรับฝนข้อสอบ (ห้ามใช้ปากกาหมึกซึม)
- ลิควิดเปเปอร์ สำหรับแก้คำตอบ
- เตรียมบัตรประจำตัวประชาชน (ตัวจริง) และเอกสาร ดังนี้
 - 1) สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
 - 2) ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) 1 ฉบับ (ดาวน์โหลดเอกสารและกรอกรายละเอียดให้เรียบร้อย)
 - ผู้เข้าสอบต้องสวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

หมายเหตุ ขอให้ผู้มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพฯ ทุกคน มารายงานตัว ภายในเวลา 08.00 น.

ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)

(กรุณาเขียนด้วยบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

ชื่อ ยศ, นาย, นาง, นางสาว.....สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....
 อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....
 สถานภาพ ☐ แต่งงาน ☐ โสด ☐ ม่าย ☐ หย่า สังกัด.....
☐ จ่าบัตรกรมบัญชีกลาง ☐ 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.....เกี่ยวข้องกับ.....
 ติดต่อที่.....โทร.....

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

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

อาการเฉลิมพระเกียรติฯ

ชั้น 1 ☐ เวชศาสตร์ครอบครัว
 ชั้น 2 ☐ MAMMO/ULTRASOUND ☐ CT.SCAN ☐ DSA
 ชั้น 3 ☐ อายุรกรรม ☐ ภูมิแพ้ ☐ หัวใจ
☐ เบาหวาน ☐ พันธุกรรม ☐ ไทรอยด์
☐ ไชข้อ ☐ มะเร็งวิทยา ☐ โลหิตวิทยา
☐ ผิวหนัง ☐ ดัดเชื้อ ☐ ทางเดินอาหาร
☐ ทางเดินหายใจ ☐ ไต ☐ ประสาทวิทยา
☐ โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ มะเร็งปอด

ชั้น 4 ☐ สมรรถภาพปอด ☐ ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต
☐ โลหิตวิทยา ☐ เภสัชบำบัด/มะเร็งวิทยา
☐ ส่องกล้องทางเดินอาหาร ☐ แผนกกุมารเวช

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

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

ชั้น 9 ☐ คลินิกจักษุ ☐ จักษุ

อาการพัชรกิจยาภา

ชั้น 1 ☐ กุมาร ☐ ผ่ากรรค์ ☐ นรีเวช ☐ วิทยทอง
☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช
 ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร

อาการท่านผู้หญิงประภาศรี

ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 ☐ ห้องฉุกเฉิน

อาการสมเด็จพระเจ้า 90

ชั้น G ☐ เอ็กซเรย์ MRI ชั้น 3 ☐ สวนหัวใจ ☐ สมรรถภาพหัวใจ
 ชั้น 1 ☐ ผู้สูงอายุ ชั้น 8 ☐ คลินิกชายวิทยทอง ชั้น 8 ☐ เวชศาสตร์การบิน

ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์

ชั้น 1 ☐ คลินิกวัณโรค ชั้น 3 ☐ โภชนาบำบัด ชั้น 3 ☐ ล้างไต
 ชั้น 2 ☐ นิติเวช ชั้น 3 ☐ ศูนย์วิจัยการแพทย์ ชั้น 3 ☐ คลินิกจักษุ

อาการมหาวชิราลงกรณ์

ชั้น 1 ☐ กระดูก

อาการ 8 ชั้น

ชั้น 8 ☐ ตรวจค่าประเภท/สุขภาพ ชั้น 1 ☐ จิตเวช
 ชั้น 8 ☐ ผังเขม

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

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

ตัวอย่าง

ใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่)

(กรุณาเขียนด้วยบรรจงเพื่อสิทธิของท่านในการเบิก)

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

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... 11-1.....หมู่ที่..... 1.....ตำบล..... วัดเนิน.....อำเภอ..... วัดเนิน.....จังหวัด..... ชลบุรี
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... 000-000-0000
ชื่อบิดา..... นาย นอ ใบนุ่น.....ชื่อมารดา..... นาง นอ ใบนุ่น.....คู่สมรส.....
ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน..... นาย นอ ใบนุ่น.....เกี่ยวข้องกับ..... บิดา
ติดต่อที่..... 11-1 หมู่ 1 ต. วัดเนิน อ. วัดเนิน จ. ชลบุรี.....โทร..... 000-000-0000

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

(สำหรับผู้ป่วยรอกข้อมูล) ชศ/ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....
(สำหรับพยาบาลคัดกรอง) บันทึกอาการที่มาพบแพทย์.....
ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา ☐ แพ้ (โปรดระบุชื่อยา หรือสิ่งที่แพ้).....
ลักษณะผู้ป่วย ☐ เดินได้ ☐ รอนั่ง - นอน ☐ จดหมายส่งตัว ☐ ผลการวินิจฉัย ☐ อื่นๆ.....

อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ	อาคารพัชรกิติยาภา
ชั้น 1 ☐ เวชศาสตร์ครอบครัว	ชั้น 1 ☐ กุมาร ☐ ผ่ากรรค์ ☐ นวเวช ☐ เวชทาง
ชั้น 2 ☐ MAMMO/ULTRASOUND ☐ CT.SCAN ☐ DSA	☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช
ชั้น 3 ☐ อายุรกรรม ☐ ภูมิแพ้ ☐ หัวใจ	ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร
☐ เบาหวาน ☐ พันธุกรรม ☐ ไทรอยด์	อาคารท่านผู้หญิงปราภาศรี
☐ ไช้ข้อ ☐ มะเร็งวิทยา ☐ โลหิตวิทยา	ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 ☐ ห้องฉุกเฉิน
☐ ผิวหนัง ☐ ดัดเชื้อ ☐ ทางเดินอาหาร	ชั้น 3 ☐ ห้องฉุกเฉิน
☐ ทางเดินหายใจ ☐ ไต ☐ ประสาทวิทยา	ชั้น 1 ☐ ผู้สูงอายุ
☐ โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ มะเร็งปอด	ชั้น 8 ☐ คลินิกชายวัยทอง
ชั้น 4 ☐ สมรรถภาพปอด ☐ ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต	ชั้น 8 ☐ เวชศาสตร์การบิน
☐ โลหิตวิทยา ☐ เภสัชบำบัด/มะเร็งวิทยา	ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์
☐ ต่อมกึ่งทางเดินอาหาร ☐ แผนกภูมิคุ้มกัน	ชั้น 1 ☐ คลินิกวัณโรค
ชั้น 6 ☐ หู คอ จมูก ☐ ภูมิแพ้ หู คอ จมูก	ชั้น 3 ☐ โภชนบำบัด
☐ ห้องตรวจตา ☐ เลเซอร์ตา	ชั้น 3 ☐ ลำไส้
ชั้น 7 ☐ ศัลยกรรมทั่วไป ☐ ศัลยกรรมประสาท	ชั้น 2 ☐ นิติเวช
☐ ทางเดินปัสสาวะ ☐ ศัลยกรรมตกแต่ง	ชั้น 3 ☐ ศูนย์วิจัยการแพทย์
☐ ลาไส้ใหญ่ ☐ ศัลยกรรมทรวงอก	ชั้น 3 ☐ คลินิกกระบังปอด
ชั้น 9 ☐ คลินิกกระบังปอด	อาคารมหาชิราลงกรณ์
ชั้น 15 ☐ จิตเวช	ชั้น 1 ☐ กระดูก

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