

ผนวก ข

กำหนดการเข้ารับการทดสอบบุคลิกภาพ

วันพุธที่ 10 มิ.ย.69 เวลา 07.00 - 12.00 น. ณ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

.....

- 07.00 - 08.00 น. - ผู้สมัครที่มีสิทธิ์เข้ารับการทดสอบฯ รายงานตัว บริเวณหน้ากองการปกครอง
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
- ส่งใบเขียนประวัติผู้ป่วย (บัตรใหม่) พร้อมสำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ
- ชำระเงินค่าทดสอบบุคลิกภาพ จำนวน 300 บาท (สามร้อยบาทถ้วน)
- 08.00 น. - ผู้เข้าสอบเข้าห้องสอบตามบัตรคิวที่คณะกรรมการแจกให้หลังรายงานตัว
- หลังเข้าห้องสอบให้ผู้เข้าสอบลงชื่อเข้าสอบ และใบยินยอมทดสอบบุคลิกภาพ
- 08.30 - 12.00 น. - ทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ
-

ข้อปฏิบัติในการเตรียมตัวสอบ

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

หมายเหตุ ไม่อนุญาตให้ผู้สมัครฯ ที่มารายงานตัวหลังเวลา 08.30 น. เข้าห้องสอบ

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.....
☐ ย้ายตรงกรมบัญชีกลาง ☐ 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.....

(สำหรับผู้ป่วยรอกข้อมูล) ยศ/ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....
 (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
☐ ไชข้อ ☐ มะเร็งวิทยา ☐ โลหิตวิทยา
☐ ผิวหนัง ☐ ดัดเชื้อ ☐ ทางเดินอาหาร
☐ ทางเดินหายใจ ☐ ไต ☐ ประสาทวิทยา
☐ โรคหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ มะเร็งปอด
 ชั้น 4 ☐ สมรรถภาพปอด ☐ ไตเทียม/CAPD/ปลูกถ่ายไต
☐ โลหิตวิทยา ☐ เคมีบำบัด/มะเร็งวิทยา
☐ ต่อกกล้องทางเดินอาหาร ☐ แผนกกระดูก
 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 ☐ นรีเวช ☐ วิทยทอง
☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช
 ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร

อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี

- ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 ☐ ห้องฉุกเฉิน

อาคารสมเด็จพระเจ้า 90

- ชั้น G ☐ เอ็กซเรย์ MRI ชั้น 3 ☐ สวนหัวใจ ☐ สมรรถภาพหัวใจ
 ชั้น 1 ☐ ผู้สูงอายุ ชั้น 8 ☐ คลินิกชายวิทยทอง 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 8 ☐ ตรวจต่างประเทศ/สุทกรรม ☐ ชั้น 1 ☐ จิตเวช
☐ ชั้น 8 ☐ ผังเข็ม

- ☐ 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..... ใบนง้า.....
วันเดือนปีเกิด 24/02/2546
อายุ..... 20..... ปี เพศ ☐ ชาย ☒ หญิง สัญชาติ ไทย..... เชื้อชาติ ไทย..... ศาสนา พุทธ..... อาชีพ.....
สถานภาพ ☐ แต่งงาน ☒ โสด ☐ ม้าย ☐ หย่า สังกัด.....
☐ จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ☐ 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..... อำเภอ..... จังหวัด.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ 000-000-0000
ชื่อบิดา นาย นอ ใบนง้า ชื่อมารดา นาง นอ ใบนง้า คู่สมรส.....
ชื่อผู้ติดต่อได้เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน นาย นอ ใบนง้า เกี่ยวข้องเป็น บิดา
ติดต่อที่ 11-1 หมู่ 1 ต. สัตตนะ อ. สัตตนะ จ. ระยอง 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

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
☐ ต่อมกึ่งทางเดินอาหาร ☐ แผนกฉุกเฉิน
ชั้น 6 ☐ หู คอ จมูก ☐ ภูมิแพ้ ☐ หู คอ จมูก
☐ ห้องตรวจตา ☐ เภสัชวิทยา
ชั้น 7 ☐ ศัลยกรรมทั่วไป ☐ ศัลยกรรมประสาท
☐ ทางเดินปัสสาวะ ☐ ศัลยกรรมตกแต่ง
☐ ลาไส้ใหญ่ ☐ ศัลยกรรมทรวงอก
ชั้น 9 ☐ คลินิกกระดูกข้อต่อ ชั้น 15 ☐ จิตเวช

อาคารพัชรกิติยาภา

ชั้น 1 ☐ กุมาร ☐ ผ่ากรรค์ ☐ นวเวช ☐ เวชทาง
☐ มีบุตรยาก/วางแผนครอบครัว ☐ มะเร็งนรีเวช
ชั้น 3 ☐ ไตเทียมกุมาร

อาคารท่านผู้หญิงประภาศรี

ชั้น 1 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 2 ☐ ห้องฉุกเฉิน
ชั้น 3 ☐ ห้องฉุกเฉิน ชั้น 3 ☐ แผนกฉุกเฉิน
ชั้น 1 ☐ ผู้สูงอายุ ชั้น 8 ☐ คลินิกชายวัยทอง ชั้น 8 ☐ เวชศาสตร์การบิน

ศูนย์วิจัยทางชีววิทยาศาสตร์

ชั้น 1 ☐ คลินิกวัณโรค ชั้น 3 ☐ โภชนบำบัด ชั้น 3 ☐ ลำไส้
ชั้น 2 ☐ นิติเวช ชั้น 3 ☐ ศูนย์วิจัยการแพทย์ ชั้น 3 ☐ คลินิกกระดูกข้อต่อ

อาคารมหาชิราลงกรณ์

ชั้น 1 ☐ กระดูก

อาคาร 8 ชั้น

ชั้น 8 ☐ ตรวจต่างประเทศ/ศัลยกรรม ชั้น 8 ☐ ผังเข็ม
☐ OPD. รังสีรักษา (ตึกรังสีรักษา ชั้น 1)
☐ OPD. เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (ตึกเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ชั้น 3)
☐ DPD. เวชศาสตร์ฟื้นฟู (ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น 2)

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