



NurseCMU

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

แบบฟอร์มการจัดทำแฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio)

ผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการผู้สานฝันฉันทนอยากรับเป็นพยาบาล (Born to be NURSE)

ผ่านระบบ TCAS รอบที่ ๑ (การรับด้วย Portfolio) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

แฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) จัดทำด้วยตนเอง จำนวนไม่เกิน ๑๐ หน้า A๔ (ไม่รวมปก) ประกอบด้วยเอกสารดังต่อไปนี้
(ดาวน์โหลดแบบฟอร์มตามไฟล์ดังแนบท้ายประกาศ)

๑. หน้าที่ ๑ : ประวัติส่วนตัว
๒. หน้าที่ ๒ : ประวัติการศึกษา (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มตามไฟล์ดังแนบท้ายประกาศ)
๓. หน้าที่ ๓ - ๔ : ใบรับรองแพทย์ (ดาวน์โหลดแบบฟอร์มตามไฟล์ดังแนบท้ายประกาศ)
๔. หน้าที่ ๕ - ๖ : โครงการพัฒนาสุขภาพประชาชนภายใต้บทบาทของพยาบาล
 - ๔.๑ ชื่อโครงการ
 - ๔.๒ หลักการและเหตุผล
 - ๔.๓ วัตถุประสงค์ในการจัดโครงการ
 - ๔.๔ ตัวชี้วัดประเมินผลความสำเร็จของโครงการ
 - ๔.๕ กลุ่มเป้าหมายในการจัดโครงการ
 - ๔.๖ ระยะเวลาในการจัดโครงการ
 - ๔.๗ กิจกรรมการดำเนินงาน
 - ๔.๘ งบประมาณในการจัดโครงการ
 - ๔.๙ การประเมินผลการจัดโครงการ
 - ๔.๑๐ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
๕. หน้าที่ ๗ : วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่แสดงถึงความเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถด้านวิชาการ/นวัตกรรม/การวิจัย/ความคิดสร้างสรรค์
๖. หน้าที่ ๘ - ๙ : กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาล เช่น กิจกรรมในสถานพยาบาล/สุขภาพ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมคุณธรรมจริยธรรม/จิตอาสาการทำประโยชน์เพื่อสังคม/ค่ายพยาบาล
๗. หน้าที่ ๑๐ : รางวัลหรือเกียรติบัตรอื่นๆ ที่ได้รับ เช่น รางวัลระดับชาติหรือนานาชาติด้านวิชาการ/วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ภาษาอังกฤษ/ความสามารถพิเศษ/นักศึกษาทุนแลกเปลี่ยน ต่างประเทศ



NurseCMU
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์

ผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการผู้สานฝันฉันทนอยากรเป็นพยาบาล (Born to be NURSE)
ผ่านระบบ TCAS รอบที่ ๑ (การรับด้วย Portfolio) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

รูปถ่าย
ขนาด ๑.๕ นิ้ว

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....เพศ () ๑.ชาย () ๒.หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีที่ตรวจสุขภาพ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ส่วนที่ ๑ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน(สำหรับผู้สมัครออก)

ผู้สมัครเคยมีหรือมีโรค /อาการหรือภาวะการเจ็บป่วย/การได้รับการรักษา/การเข้ายา ดังต่อไปนี้หรือไม่

๑) มี	๒) ไม่มี	๓) ไม่แน่ใจ		อธิบายรายละเอียด
[]	[]	[]	๑. ไข้หวัด	.....
[]	[]	[]	๒. หอบหืด	.....
[]	[]	[]	๓. ไอเป็นเลือด	.....
[]	[]	[]	๔. วัณโรคปอด	.....
[]	[]	[]	๕. ความดันโลหิตสูง	.....
[]	[]	[]	๖. โรคเบาหวาน	.....
[]	[]	[]	๗. โรคลมชัก	.....
[]	[]	[]	๘. โรคหัวใจ	.....
[]	[]	[]	๙. โรคไตวายเรื้อรัง	.....
[]	[]	[]	๑๐. ตัวเหลืองตาเหลือง	.....
[]	[]	[]	๑๑. ไข้เลือด	.....
[]	[]	[]	๑๒. พิษสุราเรื้อรัง	.....
[]	[]	[]	๑๓. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	.....
[]	[]	[]	๑๔. ได้รับการผ่าตัด	.....
[]	[]	[]	๑๕. ยาที่ใช้ประจำ	.....
[]	[]	[]	๑๖. อื่น ๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้สมัครที่เข้ารับการตรวจ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ ๑)

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ ๒)

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ ๓)

ลำดับ	ระบบ	๑) ผิดปกติ	๒) ปกติ	รายละเอียดความผิดปกติ
๑.	ระบบสายตา (สายตาสั้น / ยาว / เอียง, ตาเข)			
๒.	ระบบหู คอ จมูก (หูหนวก, หูตึง, หูน้ำหนวก, เป็นไข้, พุดไม่ชัด, พุดติดอ่าง) **ขอตรวจการได้ยินโดยวิธีส้อมเสียงและขอระบุผลการตรวจด้วย**			
๓.	ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน, ซีด, ผื่น)			
๔.	ระบบทางเดินหายใจ			
๕.	ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
๖.	ระบบทางเดินอาหาร			
๗.	ระบบประสาท			
๘.	กระดูกสันหลังและแขนขา (กระดูกสันหลังหัก คดองความพิการของนิ้วมือนิ้วเท้ามือเท้าแขนขา)			

ส่วนที่ ๓ การตรวจตาบอดสี การวัดระดับการมองเห็น (สำหรับแพทย์กรอก)

๓.๑ การตรวจตาบอดสี

สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ ตาขวา...../๑๒ PLATES ตาซ้าย...../๑๒ PLATES

การแปลผล ตาขวา [] ๑) บอดสี [] ๒) ไม่บอดสี ตาซ้าย [] ๑) บอดสี [] ๒) ไม่บอดสี

๓.๒ การวัดระดับการมองเห็น

VA ตาขวา (ใส่แว่น /คอนแทคเลนส์)/..... VA with pinhole ตาขวา(ใส่แว่น /คอนแทคเลนส์)/.....

VA ตาซ้าย (ใส่แว่น /คอนแทคเลนส์)/..... VA with pinhole ตาซ้าย (ใส่แว่น /คอนแทคเลนส์)/.....

การแปลผล [] ๑) ผิดปกติ อธิบาย.....

[] ๒) ปกติ

ความเห็นแพทย์

[] ๑) สุขภาพมีปัญหาเรื่อง.....

[] ๒) สุขภาพปกติสมบูรณ์

แพทย์ผู้ตรวจ.....ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
(.....)

หมายเหตุ

๑. ให้ผู้สมัครไปขอรับการตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ทุกแห่ง

๒. โปรดแนบรายละเอียดการตรวจตาบอดสีโดยละเอียด

หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามได้ที่งานบริการการศึกษาและพัฒนาคุณภาพนักศึกษา ๐ ๕๓๙๓ ๕๐๒๕ ต่อ ๑๑

แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์มีจำนวน ๒ หน้า ให้จัดพิมพ์หน้า - หลัง รวมเป็น ๑ แผ่น ให้ผู้สมัครกรอกข้อมูลส่วนที่ ๑ ดิจรูปถ่ายให้เรียบร้อย



NurseCMU

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

แบบฟอร์มประวัติการศึกษา

ผู้สมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในโครงการผู้สานฝันฉันทอยากรับเป็นพยาบาล (Born to be NURSE)
ผ่านระบบ TCAS รอบที่ ๑ (การรับด้วย Portfolio) ปีการศึกษา ๒๕๖๘

ชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน.....
เพศ () ๑.ชาย () ๒.หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

ประวัติการศึกษา

ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ณ โรงเรียน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ลำดับชั้นเฉลี่ย

ลำดับ	กระบวนวิชา	หน่วยกิตสะสม	ผลการเรียนที่ได้รับ
๑.	เกรดเฉลี่ยรวม (๕ - ๖ เทอม)		
๒.	คณิตศาสตร์		
๓.	ภาษาอังกฤษ		
๔.	เคมี		
๕.	ชีววิทยา		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ

- ผู้ลงนามรับรองในเอกสารต้องมีตำแหน่งผู้ช่วย รอง หรือผู้อำนวยการโรงเรียนที่นักเรียนศึกษาอยู่เท่านั้น