



ประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี
ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2567
รอบ 2 Quota เพิ่มเติม

ตามที่มีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้มีประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota ลงวันที่ 22 เมษายน 2567 นั้น

เนื่องจากที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) มีประกาศ TCAS67 เรื่อง การแก้ไขคะแนน A-Level วิชาคณิตศาสตร์ 1 และวิชาสังคมศึกษา เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2567 นั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2533 ประกอบกับคำสั่งสภามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 22/2566 เรื่อง แต่งตั้งรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 2153/2566 เรื่อง มอบอำนาจให้รองอธิการบดีปฏิบัติการแทนอธิการบดี ลงวันที่ 6 ธันวาคม 2566 จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota เพิ่มเติม จำนวน 1 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 2 โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลำดับที่	เลขประจำตัวผู้สมัคร	ชื่อ-สกุล	โรงเรียน	จังหวัด
1	67033513	นางสาววิยะดา อัฐนาค	บัวขาว	กาฬสินธุ์

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกที่มีรายชื่อตามแนบท้ายประกาศดำเนินการดังนี้

1. วันที่ 24 - 26 เมษายน 2567 ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาดาวน์โหลดแบบฟอร์มรายงานการตรวจสุขภาพที่ <http://sutgateway.sut.ac.th> และให้ส่งผลรายงานการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์มเอกสารหมายเลข 1 - 4 ที่แพทย์ลงนามรับรอง พร้อมทั้งแนบเอกสารตัวจริงจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสแกนเอกสารทั้งหมดรวมกันเป็น PDF File เพียงไฟล์เดียว และตั้งชื่อไฟล์เป็นเลขประจำตัวผู้สมัครและชื่อ ส่งกลับมายังสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ทาง E-mail : surada@g.sut.ac.th เท่านั้น

2. วันที่ 2 - 3 พฤษภาคม 2567 ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาดำเนินการยืนยันสิทธิ์ผ่านระบบเคลียร์ริงเฮาส์ที่เว็บไซต์ของที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (student.mytcas.com) หากไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์เข้าศึกษาในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

3. วันที่ 7 - 12 พฤษภาคม 2567 ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา โดยการชำระเงินค่ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา ตามขั้นตอนและวิธีการที่มหาวิทยาลัยกำหนด

ทั้งนี้ หากผู้ผ่านการคัดเลือกฯ ไม่ดำเนินการตามวันและเวลาที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในครั้งนี้
และไม่สามารถถอนการสละสิทธิ์ได้

ประกาศ ณ วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2567



(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพร รักสกุลพิวัฒน์)
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติการแทนอธิการบดี



รายงานการตรวจสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota

รายละเอียดแนบท้าย 2

FM: IN2-05-04

เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ - สกุล..... อายุปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....
สถานที่ตรวจ จังหวัด.....

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ อื่น ๆ | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง |
| <input type="checkbox"/> โรคเท้าช้าง | <input type="checkbox"/> โรคเรื้อน |
| <input type="checkbox"/> โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> วัณโรค | <input type="checkbox"/> โรคระบบทางเดินหายใจ (ถุงลมโป่งพอง, หอบหืด) |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคไต |
| <input type="checkbox"/> โรคตีข่าน, ตับอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน |
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ | <input type="checkbox"/> เคยได้รับการผ่าตัด โปรดระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |
| <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา โปรดระบุ..... | |

1. การตรวจร่างกาย (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)

น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม. BMIkg/m²
อุณหภูมิ.....°C ชีพจร ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต/.....ม.ม.ปรอท
กรุณาทำเครื่องหมาย / หลังข้อความ ถ้าผิดปกติกรุณาอธิบาย

ลำดับ	การตรวจร่างกาย	ปกติ	ผิดปกติ	อธิบาย
1	General appearance			
2	ENT.			
3	Heart			
4	Lungs			
5	Abdomen			
6	Neurological			
7	Extremities			

คุณสมบัติทั่วไปด้านสุขภาพกาย มีดังนี้

- 1) ไม่มีภาวะพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การประกอบวิชาชีพ ไม่มีโรคติดต่อในระยะอันตราย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ อาทิ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง และโรคผิวหนังเรื้อรัง เป็นต้น
- 2) ไม่มีโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคติดเชื้อเรื้อรัง โรคติดต่อเรื้อรังให้โทษ เป็นต้น
- 3) ไม่มีภาวะตาบอดสีทุกระดับ
- 4) ไม่มีภาวะผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาดำข้างใดต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขที่ดีที่สุดแล้ว ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
- 5) ไม่มีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 6) ไม่มีโรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่คณะกรรมการคัดเลือกเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจเพิ่มเติมได้
- 7) ควรมีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

แพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
(.....) วันที่ตรวจ

(ประทับตราโรงพยาบาล)



รายงานการตรวจสุขภาพ
 ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
 ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota

FM: IN2-05-05
 เอกสารหมายเลข 2 (Lab , X-ray)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....
 สถานที่ตรวจ จังหวัด.....

2. ผลการตรวจทางห้องทดลอง

Complete Blood Count (CBC)

Hb	gm %	Hct	vol %
Red Blood cell morphology	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (โปรดระบุ)	Anisocytosis	Poikilocytosis.....
Hypochromia	Macrocytosis	Microcytosis	
White blood cell count	cell / mm ³		
Neutrophil	%	Lymphocyte	%
Monocyte	%	Eosinophil	%
Basophil	%	Platelets	Cell / mm ³
Blood group	Rh		
BUN.....	mg/dl	Cr.....	mg/dl
Urine analysis Albumin	Sugar	Sediments	
Pregnancy test			
Stool exam parasitic eggs	occult blood		

ความเห็นของแพทย์เพิ่มเติม

3. การเอกซเรย์ปอด (Chest X- ray) Normal Abnormal

*กรุณาเขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray.....

แพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....
 (.....) วันที่ตรวจ

(ประทับตราโรงพยาบาล)

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

1. ผลการตรวจเลือด ได้แก่ (CBC, Blood group, BUN, Cr.)
2. ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urine Analysis; UA) และ Pregnancy test
3. ผลการตรวจอุจจาระ (Stool Examination)
4. ผล Chest X-ray (Report for X-ray Examination) *หากทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกไป Report ให้ได้ กรุณาให้แพทย์เขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray ที่ข้อ 3.



รายงานการตรวจสอบสุขภาพ
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2567 รอบ 2 Quota

FM: IN2-05-06
เอกสารหมายเลข 3 (ตรวจตา)

โครงการนักเรียนจากโรงเรียนในสังกัด อบจ.นครราชสีมา โควตาพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อ - สกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวผู้สมัคร..... ลำดับที่.....
สถานที่ตรวจ จังหวัด.....

4. การตรวจความผิดปกติในการเห็นภาพ

4.1) การตรวจตาบอดสี ปกติ ไม่ปกติ ระบุ.....

4.2) การมองเห็น (VA)

ผลตรวจ ตาขวา ปกติ (ระบุค่าสายตา) ไม่ปกติ (ระบุค่าสายตา)

การแก้ไข.....

ค่าสายตาหลังการแก้ไข.....

ผลตรวจ ตาซ้าย ปกติ (ระบุค่าสายตา) ไม่ปกติ (ระบุค่าสายตา)

การแก้ไข.....

ค่าสายตาหลังการแก้ไข.....

จักษุแพทย์ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

(.....) วันที่ตรวจ

(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ: ความผิดปกติในการมองเห็นภาพ มีดังนี้

- 1) ตาบอดสี
- 2) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำกว่า 6/24 หรือ 20/70 ทั้งสองข้าง
- 3) สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 หรือ 20/40 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว
- 4) ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

1. วัดค่าสายตา (Visual Acuity Test)
2. ผลการตรวจตาบอดสี (Color Blindness Test) (ถ้ามี)

