

**ประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาลำดับสำรองในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี**  
**ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2568**  
**รอบ 4 Direct Admission**

ตามที่มีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้มีประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 4 Direct Admission ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2568 นั้น

เนื่องจากมีผู้สละสิทธิ์เข้าศึกษาฯ 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 จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาลำดับสำรองในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 4 Direct Admission จำนวน 1 คน ได้แก่

| ลำดับที่ | เลขประจำตัวผู้สมัคร | ชื่อ - สกุล         | โรงเรียน        | จังหวัด |
|----------|---------------------|---------------------|-----------------|---------|
| 1        | 68042766            | นางสาวชลลดา ภูนาสอน | แก่นนครวิทยาลัย | ขอนแก่น |

ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกที่มีรายชื่อตามแนบท้ายประกาศดำเนินการ ในวันที่ 21-24 มิถุนายน 2568 ดังนี้

1. ผู้ผ่านการคัดเลือกชำระเงินค่ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โดยการโอนเงินค่ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา จำนวน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เข้าเข้าบัญชีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 707-2-35379-0 และส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมระบุเลขประจำตัวผู้สมัคร และชื่อ-นามสกุล ส่งมาที่อีเมล [surada@g.sut.ac.th](mailto:surada@g.sut.ac.th)

2. ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษา Download แบบฟอร์มรายงานการตรวจสอบภาพที่ <https://sutgateway.sut.ac.th> รายละเอียดแนบท้าย 1 และให้ส่งผลรายงานการตรวจสอบภาพตามแบบฟอร์มเอกสารหมายเลข 1 – 4 ที่แพทย์ลงนามรับรอง พร้อมทั้งแนบเอกสารตัวจริงจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสแกนเอกสารทั้งหมดรวมกันเป็น PDF File เพียงไฟล์เดียว และตั้งชื่อไฟล์เป็นเลขประจำตัวผู้สมัครและชื่อ ส่งกลับมายังสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ทาง E-mail : [surada@g.sut.ac.th](mailto:surada@g.sut.ac.th) เท่านั้น

ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยจะโอนเงินค่ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาไปเป็นค่าบำรุงมหาวิทยาลัย เมื่อนักศึกษาลงทะเบียนเรียนเรียบร้อยแล้ว

ประกาศ ณ วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2568

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพร รักสกุลพิวัฒน์)  
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติการแทนอธิการบดี



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 4 Direct Admission

รายละเอียดแนบท้าย 1

FM: IN2-05-04  
เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

ชื่อ - สกุล..... อายุ .....ปี 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"/> โรคติดเชื้อ, 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. BMI .....kg/m<sup>2</sup>

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) ไม่มีความพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การประกอบวิชาชีพ ไม่มีโรคติดต่อในระยะอันตราย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ อาทิ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง และโรคผิวหนังเรื้อรัง เป็นต้น
- 2) ไม่มีโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคติดสารเสพติดให้โทษ เป็นต้น
- 3) ไม่มีภาวะตาบอดสีทุกระดับ
- 4) ไม่มีความผิดปกติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาข้างดีต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
- 5) ไม่มีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 6) ไม่มีโรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่คณะกรรมการคัดเลือกเห็นว่า เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจเพิ่มเติมได้
- 7) มีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

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





รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2568 รอบ 4 Direct Admission

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

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.....

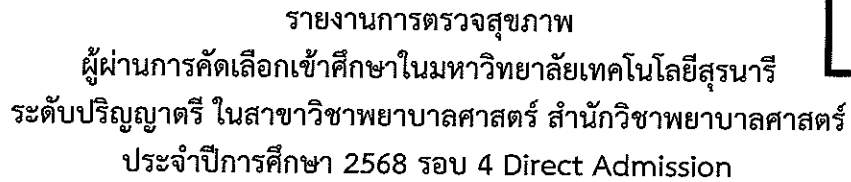
จักษุแพทย์ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
(.....) วันที่ตรวจ .....  
(ประทับตราโรงพยาบาล)

หมายเหตุ: ความผิดปกติในการมองเห็นภาพ มีดังนี้

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

กรุณแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย ดังนี้

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



FM: IN2-05-07  
เอกสารหมายเลข 4 (ตรวจหู)

กรุณาแนบใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการได้ยิน (Audiometry) มาด้วย