



ประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี  
ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569  
รอบ 4 Direct Admission ครั้งที่ 2

ตามที่มีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ได้มีประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 4 Direct Admission ครั้งที่ 2 ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2569 นั้น

เนื่องจากมีผู้สละสิทธิ์เข้าศึกษาฯ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พ.ศ. 2533 ประกอบกับคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 2302/2568 เรื่อง แต่งตั้งผู้รักษาการแทนรองอธิการบดี ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 คำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 743/2569 เรื่อง ขยายเวลาการรักษาราชการแทนรองอธิการบดี ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2569 และคำสั่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่ 746/2569 เรื่อง มอบอำนาจให้ผู้รักษาการแทนรองอธิการบดีปฏิบัติการแทนอธิการบดี ลงวันที่ 15 พฤษภาคม 2569 จึงประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569 รอบ 4 Direct Admission ครั้งที่ 2 จำนวน 7 คน ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองที่มีรายชื่อตามแนบท้ายประกาศดำเนินการดังนี้

1. วันที่ 19 - 21 มิถุนายน 2569 ภายในเวลา 16.00 น. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองเข้าศึกษาฯ ดาวนโหลดแบบฟอร์มรายงานการตรวจสุขภาพที่ <https://sutgateway.sut.ac.th/> และให้ส่งผลรายงานการตรวจสุขภาพตามแบบฟอร์มเอกสารหมายเลข 1 - 4 ที่แพทย์ลงนามรับรอง พร้อมทั้งแนบเอกสารตัวจริงจากโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล โดยสแกนเอกสารทั้งหมดรวมกันเป็น PDF File เพียงไฟล์เดียว และตั้งชื่อไฟล์เป็นเลขประจำตัวผู้สมัครและชื่อ ส่งกลับมายังสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ทาง E-mail : [kanoknat.ki@sut.ac.th](mailto:kanoknat.ki@sut.ac.th) เท่านั้น หากปรากฏในภายหลังว่าผู้ผ่านการคัดเลือกขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งตามที่ระบุในประกาศรับสมัครฯ ข้อ 2.2.4 จะถูกตัดสิทธิ์ในการคัดเลือกครั้งนี้ และหากได้รับการส่งชื่อเข้ารับการศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีแล้วก็จะถูกถอนสถานภาพการเป็นนักศึกษาทันที และจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

2. วันที่ 22 มิถุนายน 2569 ภายในเวลา 12.00 น. ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองเข้าศึกษาฯ ยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา โดยการโอนเงินค่ายืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา จำนวน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เข้าบัญชีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 707-2-35379-0 และส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมระบุ เลขประจำตัวผู้สมัครและชื่อ ส่งกลับมายังสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ทาง E-mail: [surada@sut.ac.th](mailto:surada@sut.ac.th) เท่านั้น

ทั้งนี้ หากผู้ผ่านการคัดเลือกฯ ไม่ดำเนินการตามวันและเวลาที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในครั้งนี้ และไม่สามารถถอนการสละสิทธิ์ได้

ประกาศ ณ วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2569

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุพาพร รักสกุลพิพัฒน์)  
รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติการแทนอธิการบดี



รายละเอียดแนบท้าย 1

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกลำดับสำรองเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ระดับปริญญาตรี  
ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2569  
รอบ 4 Direct Admission ครั้งที่ 2

(เรียงตามคะแนน)

ลำดับ ที่	เลขประจำตัว ผู้สมัคร	ชื่อ - สกุล	โรงเรียน	จังหวัด
1	69043392	นางสาวธัญลักษณ์ เรืองสุวรรณ	ภูเขียว	ชัยภูมิ
2	69043236	นางสาวสุพัตตา พิสัยสวัสดิ์	ชุมพลโพธิ์พิสัย	หนองคาย
3	69043203	นางสาวสุวรรณา พิพัฒน์	มัธยมด่านขุนทด	นครราชสีมา
4	69043652	นางสาวศศิธร วาระหุล	สตรีชัยภูมิ	ชัยภูมิ
5	69043610	นางสาวนันทิชา เสนา	สตรีสิริเกศ	ศรีสะเกษ
6	69043584	นางสาวกรณิกา สีพล	หนองบัวพิทยาการ	หนองบัวลำภู
7	69043420	นางสาวสุกัญญา ธรฤทธิ์	เมืองสุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี



**รายงานการตรวจสุขภาพ**  
**ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**  
**ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์**  
**ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 4 Direct Admission**

รายละเอียดแนบท้าย 2  
 FM: IN2-05-04  
 เอกสารหมายเลข 1 (ตรวจร่างกาย)

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

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (ส่วนนี้ให้แพทย์เป็นผู้กรอก)**

กรุณาทำเครื่องหมาย  ในรายการสุขภาพดังต่อไปนี้

- 1. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติการรักษาใด
- 2. มีประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษา ดังต่อไปนี้
  - 2.1 ติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ อื่น ๆ
  - 2.2 โรคพิษสุราเรื้อรัง
  - 2.3 โรคเท้าช้าง
  - 2.4 โรคเรื้อน
  - 2.5 โรคลมชัก
  - 2.6 โรคหัวใจ
  - 2.7 วัณโรค
  - 2.8 โรคระบบทางเดินหายใจ (ถุงลมโป่งพอง หอบหืด)
  - 2.9 โรคความดันโลหิตสูง
  - 2.10 โรคไต
  - 2.11 โรคตีชาน หรือ ตับอักเสบ
  - 2.12 โรคเบาหวาน
  - 2.13 อุบัติเหตุรุนแรงภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา
  - 2.14 เคยได้รับการผ่าตัด โปรดระบุ.....
  - 2.15 การเจ็บป่วยอื่น ๆ โปรดระบุ.....
  - 2.16 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	HEENT.			
3	Heart			
4	Lungs			
5	Abdomen			
6	Neurological			
7	Extremities			

คุณสมบัติทั่วไปด้านสุขภาพกาย มีดังนี้

- 1) ไม่มีอาการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา การประกอบวิชาชีพ ไม่มีโรคติดต่อในระยะอันตราย หรือส่งผลให้เกิดความพิการอย่างถาวรอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ อาทิ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง และโรควัณโรคปอด เป็นต้น
- 2) ไม่มีโรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ เช่น โรคลมชักที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ โรคหัวใจระดับรุนแรง จนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา และการประกอบวิชาชีพ โรคความดันเลือดสูงรุนแรง และมีภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะอย่างถาวร ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคติดเชื้อเรื้อรังให้โทษ เป็นต้น
- 3) ไม่มีภาวะตาบอดสีทุกระดับ
- 4) ไม่มีคุณสมบัติในการเห็นภาพ โดยมีอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาดต่ำกว่า 6/24 ทั้งสองข้าง สายตาดข้างดีต่ำกว่า 6/12 เมื่อได้รับการแก้ไขอย่างดีที่สุดแล้ว ไม่สามารถมองเห็นภาพเป็นสามมิติ
- 5) ไม่มีภาวะหูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางประสาทและการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
- 6) ไม่มีโรคหรือความพิการอื่น ๆ ซึ่งมีได้ระบุไว้ ที่คณะกรรมการคัดเลือกเห็นว่าเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี อาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคตรวจเพิ่มเติมได้
- 7) มีส่วนสูงไม่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 4 Direct Admission

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

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

2. ผลการตรวจทางห้องทดลอง

Complete Blood Count (CBC)

Hb ..... gm % Hct ..... vol %  
Red Blood cell morphology  Normal  Abnormal (โปรดระบุ)  
Anisocytosis ..... Poikilocytosis.....  
Hypochromia ..... Microcytosis .....  
Macrocytosis .....  
White blood cell count ..... cell / mm<sup>3</sup>  
Neutrophil ..... % Lymphocyte ..... %  
Monocyte ..... % Eosinophil ..... %  
Basophil ..... % Platelets ..... Cell / mm<sup>3</sup>  
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

\*ระบุผลการอ่าน Chest X-ray.....

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

(ประทับตราโรงพยาบาล)

กรุณาแนบใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาด้วย (จำเป็น) 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) \*หากทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกใบ Report ให้ได้ กรุณาให้แพทย์เขียนระบุผลการอ่าน Chest X-ray ที่ข้อ 3.



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 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.....  
จำนวนแผ่นทดสอบที่อ่านได้ถูกต้อง ..... / .....

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:
1. ตรวจโดยจักษุแพทย์เท่านั้น
  2. ความผิดปกติในการมองเห็นภาพ มีดังนี้
    - 1) ตาบอดสี
    - 2) สายตาไม่ปกติ เมื่อรักษาโดยใช้แว่นแล้วยังมีสายตาต่ำกว่า 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) \*\*จำเป็นต้องแนบทุกกรณี\*\*



รายงานการตรวจสุขภาพ  
ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
ระดับปริญญาตรี ในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
ประจำปีการศึกษา 2569 รอบที่ 4 Direct Admission

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

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

### 5. ตรวจการได้ยิน (Audiometry )

ผลการตรวจระดับการได้ยิน หูขวา = ..... dB

หูซ้าย = ..... dB

การแปลผล  ปกติ  ไม่ปกติ ระบุ.....

โสต ศอ นาสิก แพทย์ ..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....  
(.....) วันที่ตรวจ .....  
(ประทับตราโรงพยาบาล)

- หมายเหตุ:
1. ตรวจโดยโสต ศอ นาสิก แพทย์เท่านั้น
  2. ความผิดปกติในการได้ยิน ได้แก่ หูหนวกหรือหูตึง (Threshold ของการได้ยินสูงกว่า 40 dB) จากความผิดปกติทางระบบประสาท และการได้ยิน (Sensory-neural hearing loss) ถ้าได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

กรุณาแนบในรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการได้ยิน (Audiometry) มาด้วย (จำเป็น)