



ประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ในการคัดเลือกการรับย้ายนักศึกษาจากคณะอื่น
ในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เข้าศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2560

คณะเภสัชศาสตร์ ขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ในการคัดเลือกการรับย้ายนักศึกษาจากคณะอื่นในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เข้าศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2560 ตามรายชื่อ ดังนี้

เลขที่	ชื่อ-สกุล	รหัสนักศึกษา	คณะเดิม(สาขา)
1.	นางสาวชุตินิษฐ์ บุญสุริยพันธ์	591110286	เทคนิคการแพทย์(กายภาพบำบัด)
2.	นางสาวกนกวรรณ สิงห์โตวะนา	591110001	เทคนิคการแพทย์(เทคนิคการแพทย์)
3.	นางสาวภาณุมาศ ทองสี	591110075	เทคนิคการแพทย์(เทคนิคการแพทย์)
4.	นางสาวปาณิสรา ศรีวิชัย	591110061	เทคนิคการแพทย์(เทคนิคการแพทย์)
5.	นางสาวจุฑามาศ ปัญญาภาค	591110015	เทคนิคการแพทย์(เทคนิคการแพทย์)
6.	นางสาวมณีรัตน์ ดอยกิ่ง	591110086	วิทยาศาสตร์(เคมี)
7.	นางสาวฐิตารัตน์ ธรรมรัตน์เกษม	591210040	พยาบาลศาสตร์
8.	นางสาวสิรินทิพย์ สมงาม	591210158	พยาบาลศาสตร์
9.	นางสาวสิรินธร พจา	591210159	พยาบาลศาสตร์
10.	นางสาวอภิชา กันธา	591210174	พยาบาลศาสตร์

ทั้งนี้ ให้ผู้มีรายชื่อข้างต้นดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบร่างกายและทำแบบทดสอบสุขภาพจิต ในวันที่ 12 กรกฎาคม 2560 เวลา 13.30 น. ณ ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดย Download แบบฟอร์มรายงานการตรวจสุขภาพ บนเว็บ www.pharmacy.cmu.ac.th
2. รายงานตัวและสอบสัมภาษณ์ ในวันที่ 14 กรกฎาคม 2560 เวลา 08.30 น. ณ ห้องประชุม 3 ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ คณะเภสัชศาสตร์ และนำผลการตรวจร่างกายในข้อ 1 มายื่นรายงานตัวเพื่อเข้าสัมภาษณ์ด้วย

ประกาศ ณ วันที่ 5 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภก.วิรัตน์ นีวัฒนสินธ์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์



ติดรูปถ่าย

รายงานการตรวจสอบสุขภาพนักเรียน
ในการดำเนินการคัดเลือกนักเรียนเพื่อเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจสุขภาพ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
สอบได้คณะ.....สาขา.....

ส่วนที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (สำหรับนักเรียนกรอก)

นักเรียนเคยมี หรือมีโรค / อาการ หรือภาวะการเจ็บป่วย / การได้รับการรักษา / การใชยาดังต่อไปนี้หรือไม่

1) มี 2) ไม่มี 3) ไม่แน่ใจ

อธิบายรายละเอียด

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ไข้หวัด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. หอบหืด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ไอเป็นเลือด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. วัณโรคปอด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ความดันโลหิตสูง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. โรคเบาหวาน	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. โรคลมชัก	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. โรคหัวใจ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. โรคไตวายเรื้อรัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ตัวเหลือง ตาเหลือง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ไข้เลือด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. พิษสุราเรื้อรัง	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. กระดูกหัก/บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ได้รับการผ่าตัด	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ยาที่ใช้ประจำ	.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. อื่นๆ	.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์

ลงชื่อ

(.....)

นักเรียนที่เข้ารับการตรวจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกาย (สำหรับแพทย์กรอก)

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

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 1)

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 2)

ความดันโลหิต...../.....มิลลิเมตรปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ครั้งที่ 3)

ลำดับ	ระบบ	1) ผิดปกติ	2) ปกติ	รายละเอียดความผิดปกติ
1.	ระบบสายตา (สายตาสั้น / ยาว / เอียง, ตาเข)			
2.	ระบบหู คอ จมูก (หูหนวก, หูตึง, หูน้ำหนวก, เป็นฝี, พูดไม่ชัด, พูดติดอ่าง)			
3.	ระบบผิวหนัง (โรคเรื้อน, ซีด, ผื่น)			
4.	ระบบทางเดินหายใจ			
5.	ระบบหัวใจและหลอดเลือด			
6.	ระบบทางเดินอาหาร			
7.	ระบบประสาท			
8.	กระดูกสันหลังและแขนขา (กระดูกสันหลังหัก คด งอ ความพิการของนิ้วมือ นิ้วเท้า มือ เท้า แขนขา)			

ความเห็นแพทย์

[] 1) สุขภาพมีปัญหาเรื่อง.....

[] 2) สุขภาพปกติสมบูรณ์

แพทย์ผู้ตรวจ..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

(.....)

ส่วนที่ 3 การตรวจตาบอดสี การวัดระดับการมองเห็น การมองเห็นภาพสามมิติ (สำหรับแพทย์กรอก)

3.1 การตรวจตาบอดสี (ตรวจเฉพาะคณะพยาบาลศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เกษศาสตร์ และเทคนิคการแพทย์)

สามารถอ่าน ISHIHARA PLATE ได้ ตาขวา...../12 PLATES ตาซ้าย...../12 PLATES

การแปลผล ตาขวา [] 1) บอดสี [] 2) ไม่บอดสี ตาซ้าย [] 1) บอดสี [] 2) ไม่บอดสี

3.2 การวัดระดับการมองเห็น (ตรวจเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และทันตแพทยศาสตร์)

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

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

การแปลผล [] 1) ผิดปกติ อธิบาย.....

[] 2) ปกติ

3.3 การมองเห็นภาพสามมิติ (ตรวจเฉพาะคณะทันตแพทยศาสตร์)

Butterfly [] 1) +ve [] 2) -ve Animal/3 Four circle/9 (Titmus test)

การแปลผล [] 1) ไม่ผ่าน [] 2) ผ่าน

จักษุแพทย์..... ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

(.....)

ส่วนที่ 4 การทดสอบทางจิตวิทยา (MMPI) (สำหรับนักจิตวิทยากรอก)

(ตรวจเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ และเภสัชศาสตร์)

ผลการตรวจ [] 1) ไม่ผ่าน [] 2) ผ่านแบบมีความเห็น ความเห็น.....

[] 3) ผ่าน

นักจิตวิทยา (.....)

ส่วนที่ 5 การตรวจทางรังสีของทรวงอก (CHEST FILM PA : UP RIGHT) (ตรวจทุกคณะ) (ผลการตรวจตั้งเอกสารแนบ)

ส่วนที่ 6 การตรวจการติดเชื้อและตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี (ตรวจเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สัตวแพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ และเทคนิคการแพทย์) (ผลการตรวจตั้งเอกสารแนบ)

ส่วนที่ 7 การตรวจภูมิคุ้มกันโรคสกุส (ตรวจเฉพาะคณะแพทยศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์) (ผลการตรวจตั้งเอกสารแนบ)