เลขประจำตัวนักศึกษา

.....

METHARATH UNIVERSITY

# แฟ้มประวัตินักศึกษา

## คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธารัถย์

ติดรูปถ่าย

นาย/นางสาว .....

เบอร์ติดต่อ .....

เข้าศึกษาในปีการศึกษา .....

หอพักห้อง .....

อาจารย์ที่ปรึกษา .....

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อนักศึกษา (นาย/นางสาว) ..... อายุ ..... ..... ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ ..... ศาสนา ..... น้ำหนัก .....กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

วัน/เดือน/ปี เกิด ..... ภูมิลำเนาเดิม .....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน .....

ซอย ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ .....

เป็นบุตรคนที่ ..... จากทั้งหมด ..... คน

**ข้อมูลพี่น้องในครอบครัว**

คนที่ 1 ชื่อ ..... อายุ..... ปี ☐ ศึกษาที่ .....

☐ ทำงานที่ .....

คนที่ 2 ชื่อ ..... อายุ..... ปี ☐ ศึกษาที่ .....

☐ ทำงานที่ .....

คนที่ 3 ชื่อ ..... อายุ..... ปี ☐ ศึกษาที่ .....

☐ ทำงานที่ .....

คนที่ 4 ชื่อ ..... อายุ..... ปี ☐ ศึกษาที่ .....

☐ ทำงานที่ .....

**ข้อมูลครอบครัว**

ชื่อ – สกุล บิดา .....อายุ ..... ปี ☐ ยังมีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม

เชื้อชาติ..... สัญชาติ ..... ศาสนา ..... อาชีพ .....รายได้ ..... /เดือน

ชื่อ – สกุล มารดา .....อายุ ..... ปี ☐ ยังมีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม

เชื้อชาติ..... สัญชาติ ..... ศาสนา ..... อาชีพ .....รายได้ ..... /เดือน

**กรณีไม่ได้อยู่กับบิดา-มารดา**

ชื่อ – สกุล ผู้ปกครอง ..... อายุ ..... ปี เกี่ยวข้องเป็น .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน .....ซอย .....

แขวง/ตำบล .....เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ ..... E-mail: .....

**บุคคลสำคัญให้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน**

ลำดับที่ 1 ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....เบอร์ที่สามารถติดต่อได้ .....

ลำดับที่ 2 ชื่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....เบอร์ที่สามารถติดต่อได้ .....

**ส่วนที่ 2 ประวัติด้านการเรียน**

| ชั้นปีที่ | ภาคการเรียน | GPA ที่คาดหวังไว้ | GPA ที่ได้จริง | GPAX |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ภาคการเรียนที่ 1 | | | |
| | ภาคการเรียนที่ 2 | | | |
| | ภาคฤดูร้อน | | | |

**ปัญหา/ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม/ การประเมินตนเอง**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| ชั้นปีที่ | ภาคการเรียน | GPA ที่คาดหวังไว้ | GPA ที่ได้จริง | GPAX |
|---|---|---|---|---|
| 2 | ภาคการเรียนที่ 1 | | | |
| | ภาคการเรียนที่ 2 | | | |
| | ภาคฤดูร้อน | | | |

**ปัญหา/ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม/ การประเมินตนเอง**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| ชั้นปีที่ | ภาคการเรียน | GPA ที่คาดหวังไว้ | GPA ที่ได้จริง | GPAX |
|---|---|---|---|---|
| 3 | ภาคการเรียนที่ 1 | | | |
| | ภาคการเรียนที่ 2 | | | |
| | ภาคฤดูร้อน | | | |

**ปัญหา/ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม/ การประเมินตนเอง**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| ชั้นปีที่ | ภาคการเรียน | GPA ที่คาดหวังไว้ | GPA ที่ได้จริง | GPAX |
|---|---|---|---|---|
| 4 | ภาคการเรียนที่ 1 | | | |
| | ภาคการเรียนที่ 2 | | | |

**ปัญหา/ ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม/ การประเมินตนเอง**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ความคาดหวังกับตนเอง “ก่อน” มาเรียนพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ความคาดหวังกับตนเอง “ขณะ” เรียนพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ความคาดหวังกับตนเองเมื่อ “จบการศึกษา”

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ส่วนที่ 3 ปัญหาสุขภาพ/ การเจ็บป่วย**

**3.1 ประวัติการเจ็บป่วยก่อนเข้าศึกษา**

**โรคประจำตัว** ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

ยาที่รับประทานเป็นประจำ .....

**ประวัติการแพ้ยา** ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) .....

**ประวัติการแพ้อาหาร/ สารพิษ/ สารเคมี** ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ).....

**3.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน**

**ปีการศึกษาที่ 1**

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | อาการ/ การเจ็บป่วย | การวินิจฉัย | การรักษาที่ได้รับ | สถานที่ใช้ บริการการรักษา | คำแนะนำ จากอาจารย์ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**การได้รับวัคซีน/ การรักษาอื่นๆ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปีการศึกษาที่ 2

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | อาการ/ การเจ็บป่วย | การวินิจฉัย | การรักษาที่ได้รับ | สถานที่ใช้ บริการการรักษา | คำแนะนำ จากอาจารย์ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

การได้รับวัคซีน/ การรักษาอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปีการศึกษาที่ 3

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | อาการ/ การเจ็บป่วย | การวินิจฉัย | การรักษาที่ได้รับ | สถานที่ใช้ บริการการรักษา | คำแนะนำ จากอาจารย์ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

การได้รับวัคซีน/ การรักษาอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปีการศึกษาที่ 4

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | อาการ/ การเจ็บป่วย | การวินิจฉัย | การรักษาที่ได้รับ | สถานที่ใช้ บริการการรักษา | คำแนะนำ จากอาจารย์ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

การได้รับวัคซีน/ การรักษาอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ส่วนที่ 4 ประวัติการรับทุน/ รางวัล/ เกียรติบัตรต่างๆ ของนักศึกษา**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ส่วนที่ 5 ความสามารถพิเศษ/ ความสามารถเฉพาะด้าน/ ความถนัดเฉพาะตัว**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 6 การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของคณะ / มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย

6.1 การเข้าร่วมกิจกรรมบริการกับนักศึกษานานาชาติ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีการศึกษา)

| ปีการศึกษา | ว/ด/ป | จำนวนวัน | รายละเอียดกิจกรรม | สถานที่จัดกิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

6.2 การจัดกิจกรรมบริการวิชาการด้านสุขภาพเผยแพร่แก่นักศึกษานานาชาติเป็นภาษาอังกฤษ

(อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีการศึกษา)

| ปีการศึกษา | ว/ด/ป | จำนวนวัน | รายละเอียดกิจกรรม | สถานที่จัดกิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

หมายเหตุ : นักศึกษาสามารถบันทึกการเข้าร่วม/ การดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติม เพื่อบันทึกในใบรับรองก่อนจบการศึกษา

6.3 การเข้าร่วมกิจกรรมบริการทางสังคม (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีการศึกษา)

| ปีการศึกษา | ว/ด/ป | จำนวนวัน | รายละเอียดกิจกรรม | สถานที่จัดกิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

6.4 การร่วมเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินโครงการ (อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีการศึกษา)

| ปีการศึกษา | ว/ด/ป | จำนวนวัน | รายละเอียดกิจกรรม | สถานที่จัดกิจกรรม | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**หมายเหตุ : นักศึกษาสามารถบันทึกการเข้าร่วม/ การดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติม เพื่อบันทึกในใบรับรองก่อนจบการศึกษา**

ส่วนที่ 7 การพบอาจารย์ที่ปรึกษา

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | เรื่องที่พบ/ คำแนะนำที่ให้ | นัดครั้งต่อไป | ลายมือชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษา | ลายมือชื่อ นักศึกษา |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**หมายเหตุ :** อาจารย์ที่ปรึกษานัดพบนักศึกษาอย่างน้อย 2 ครั้ง/ ภาคการศึกษา

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | เรื่องที่พบ/ คำแนะนำที่ให้ | นัดครั้งต่อไป | ลายมือชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษา | ลายมือชื่อ นักศึกษา |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**หมายเหตุ :** อาจารย์ที่ปรึกษานัดพบนักศึกษาอย่างน้อย 2 ครั้ง/ ภาคการศึกษา

| ครั้งที่ | ว/ด/ป | เรื่องที่พบ/ คำแนะนำที่ให้ | นัดครั้งต่อไป | ลายมือชื่อ อาจารย์ที่ปรึกษา | ลายมือชื่อ นักศึกษา |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**หมายเหตุ :** อาจารย์ที่ปรึกษานัดพบนักศึกษาอย่างน้อย 2 ครั้ง/ ภาคการศึกษา

## ส่วนที่ 8 การขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นกรณีพิเศษ

| ครั้งที่ | วันเดือนปี | เรื่องที่พบ/ คำแนะนำที่ให้ | แนวทางการดูแลตนเอง | การประเมินผล | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## ส่วนที่ 9 ความคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม