

➤ เพื่อประโยชน์ของท่านในการตรวจรักษาที่ต่อเนื่อง หาก สัมบัตร หรือ บัตรหาย โปรดแจ้งเจ้าหน้าที่



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์  
แบบกรอกข้อมูล สำหรับผู้ป่วยใหม่

เฉพาะเจ้าหน้าที่

เลขที่ทะเบียน.....

วันที่...../...../.....

คำนำหน้าชื่อ  นาย  นาง  น.ส.  อื่นๆ.....ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน-เดือน-ปี เกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....  
(เลขเดียวกับเลขประจำตัวในทะเบียนบ้าน)

สัญชาติ  ไทย  .....เชื้อชาติ  ไทย  .....ศาสนา  พุทธ  .....จังหวัดที่เกิด.....

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย  แยกกันอยู่ ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส.....

ชื่อ-นามสกุล บิดา.....ชื่อ-นามสกุล มารดา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน : บ้านเลขที่.....หมู่ที่/หมู่บ้าน.....ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....จำนวนปีที่อยู่.....ปี โทรศัพท์.....

ที่อยู่ ถาวร :  ที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน  ไม่ใช่ : โปรดกรอกรายละเอียดที่อยู่ถาวร ที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่/หมู่บ้าน.....ต.รอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....จำนวนปีที่อยู่.....ปี โทรศัพท์.....

การศึกษา :  ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

อนุปริญญาหรือเทียบเท่า/ปวส.  ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพปัจจุบัน : .....ลักษณะงานที่ทำ.....จำนวนปีที่ทำ.....ปี  
(ตัวอย่าง : อาชีพปัจจุบัน รับราชการ ลักษณะงานที่ทำ ดำรงจรรยา)

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ : ชื่อ-นามสกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ :  ที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน  ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ถาวร  ไม่ใช่ : โปรดกรอกที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่.....หมู่ที่ / หมู่บ้าน.....ต.รอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

มาตรฐานโดย :  มีนัดในระบบของสถาบันฯ  ไม่มีนัดล่วงหน้า  ระบบส่งต่อ (Refer)  อื่นๆ (ระบุ).....

สิทธิการรักษา :  เงินสด (ไม่มีสิทธินำไปเบิกคืนจากหน่วยราชการ/รัฐวิสาหกิจ)  ใช้สิทธิ ประกันสังคม (มีใบส่งตัว)

มีสิทธิ เบิกจากต้นสังกัด ○ ราชการ ○ ลูกจ้างประจำ ○ รัฐวิสาหกิจ ○ หน่วยราชการส่วนท้องถิ่น ○ อื่นๆ.....

ใช้สิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (มีใบส่งตัว)  ใช้สิทธิอื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติการเจ็บป่วย :

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

ท่านเคยเข้ารับการรักษา หรือ ผ่าตัดในโรงพยาบาลมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย  เคย (ระบุโรค / สถานที่รักษา).....

ท่านเคยมีประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสิ่งต่าง ๆ หรือไม่

- ไม่ทราบ     ไม่เคยแพ้
- มีประวัติ แพ้อาหาร (ระบุนอาหาร).....อาการที่เกิด.....
- มีประวัติ แพ้ยา (ระบุชื่อยา).....อาการที่เกิด.....
- มีประวัติ แพ้สิ่งอื่น ๆ (เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ เป็นต้น).....อาการที่เกิด.....

ท่านมีประวัติเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ :

- โรคมะเร็ง  ไม่มี  มี (ระบุอวัยวะที่เป็นมะเร็ง และปีที่ทราบ).....
- ไวรัสตับอักเสบบี ชนิด  เอ  บี  ซี  ไม่ทราบชนิด  พยาธิใบไม้ในตับ  วัณโรคปอด
- อื่นๆ (ระบุ).....

**2. ประวัติอื่น ๆ**

สูบบุหรี่ :  ไม่สูบ  สูบ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่โดยสูบตั้งแต่อายุ.....ปี      สูบโดยเฉลี่ย.....มวน / วัน

เคยสูบ ปัจจุบันหยุดแล้ว โดยสูบตั้งแต่อายุ.....ปี ถึง อายุ.....ปี      สูบโดยเฉลี่ย.....มวน / วัน

ดื่มแอลกอฮอล์ :  ไม่ดื่ม     ดื่ม ไม่เกินสัปดาห์ละครั้ง หรือ นานๆ ครั้ง

ดื่มเป็นประจำ (มากกว่าสัปดาห์ละครั้ง)

ดื่มเป็นประจำ แต่ปัจจุบันหยุดดื่มแล้ว ดื่มมา.....ปี หยุดมานาน.....ปี

เคี้ยวหมาก :  ไม่เคี้ยว     เคี้ยว / เคยเคี้ยว ระบุ

ใช้น้ำยาเส้น / ยาฉุน  ไม่ใช้น้ำยาเส้น / ยาฉุน

ถ้าหยุดแล้ว จำนวนปีที่เคี้ยว.....ปี จำนวนปีที่หยุด.....ปี

3. ประวัติโรคประจำตัว :  ไม่ทราบ  ไม่มี     มี (ระบุ).....

**4. ประวัติโรคมะเร็งของญาติในครอบครัว :**

ญาติในครอบครัวของท่าน(พ่อ-แม่/สามี-ภรรยา/บุตรชาย-บุตรสาว/พี่ชาย-พี่สาว/น้องชาย-น้องสาว/ปู่-ย่า/ตา-ยาย)

มีผู้ที่เคยเป็นหรือเป็นโรคมะเร็งหรือไม่  ไม่มี  มี (ระบุ ความเกี่ยวข้อง และ อวัยวะที่เป็น)

- 4.1 เกี่ยวข้องกับท่าน โดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....
- 4.2 เกี่ยวข้องกับท่าน โดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....
- 4.3 เกี่ยวข้องกับท่าน โดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....
- 4.4 เกี่ยวข้องกับท่าน โดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

ผู้ให้ข้อมูล :  ตัวผู้ป่วยเอง  ญาติ (ระบุชื่อ).....เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

<b>แบบยินยอมให้ทำการตรวจรักษา</b>	วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
<p>ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> (ชื่อผู้ป่วย) .....</p> <p><input type="checkbox"/> (ชื่อผู้แทนผู้ป่วย) .....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของ (ชื่อผู้ป่วย) .....</p> <p>ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติทำการรักษา(ชื่อผู้ป่วย) .....เพื่อวินิจฉัยบำบัด ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การผดุงครรภ์ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการแพทย์ เช่น การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาเข้าร่างกาย การผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีพิเศษทุกชนิด และข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการ วินิจฉัยรักษาพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น เมื่อมีเหตุอันสมควร</p> <p>หาก (ชื่อผู้ป่วย) .....ได้รับอันตรายอันเนื่องจากการทำการรักษาตามวรรคแรก ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้อง หรือฟ้องดำเนินคดีในทางอาญาและทางแพ่งกับเจ้าหน้าที่และส่วนราชการเจ้าสังกัด ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติแต่อย่างใด</p> <p>เจ้าหน้าที่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้อธิบายและข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเข้าใจโดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อหรือ ลายพิมพ์มือไว้เป็นหลักฐาน</p>	
ลงชื่อ.....พยาน (.....)	ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (.....)
ลงชื่อ.....พยาน (.....)	ลงชื่อ.....พยาน (.....)

เพื่อประโยชน์ในการประกอบการพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษาของท่าน



## แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสตรี

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ชื่อ.....  
 อายุ.....ปี HN.....  
 แพทย์ผู้ตรวจ.....

วันที่ตรวจ.....

## ประวัติการมีประจำเดือน

1. เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก เมื่ออายุ.....ปี
2. วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ก่อนวันมาตรวจ วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....
3. ถ้าท่านอยู่ในวัยหมดประจำเดือน ท่านหมดประจำเดือน เมื่ออายุ.....ปี
4. สาเหตุของการหมดประจำเดือน  ธรรมชาติ  ผ่าตัด  อื่นๆ (ระบุ).....

## ประวัติการคุมกำเนิด และการใช้ฮอร์โมน

1. ขณะนี้ท่านอยู่ระหว่างการคุมกำเนิด :  ไม่ใช่  ใช่ โปรดระบุวิธีที่ใช้ :  
 ยากิน  ยาฉีด  ใส่ห่วง  ใช้ถุงยางอนามัย  ยาฝังใต้ผิวหนัง  คุมตามธรรมชาติ  
 อื่นๆ (ระบุ).....

## 2. ประวัติการใช้ฮอร์โมน :

- ชนิดของฮอร์โมนที่ได้รับ  ยาเม็ดคุมกำเนิด  ยาฉีดคุมกำเนิด  ยาฝังคุมกำเนิด  
 ยาฮอร์โมน ชื่อ.....  อื่นๆ (ระบุ).....
- ใช้ฮอร์โมนดังกล่าวเพื่อ  การคุมกำเนิด  รักษาโรคทางนรีเวช  อื่นๆ (ระบุ).....

## ประวัติการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร

1. เคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่  ไม่เคย  เคย มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุ.....ปี
2. เคยตั้งครรภ์หรือไม่  ไม่เคย  เคย ตั้งครรภ์ทั้งหมด.....ครั้ง  
 คลอดครบกำหนด.....ครั้ง  
 คลอดก่อนกำหนด.....ครั้ง  
 แท้ง.....ครั้ง
3. ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อ อายุ.....ปี ตั้งครรภ์ครั้งสุดท้ายเมื่อ อายุ.....ปี

## ประวัติการผ่าตัดอวัยวะในช่องเชิงกราน หรือช่องท้อง :

- ไม่เคย  
 เคย ระบุสาเหตุที่ผ่าตัด  คลอดบุตร  ทำหัตถ์  ผ่าตัดมดลูก/รังไข่  อื่นๆ (ระบุ).....

## อาการผิดปกติที่มาตรวจในครั้งนี้

- ไม่มีอาการ :  ต้องการมาตรวจสุขภาพทั่วไป  ตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Pap. Smear)  อื่นๆ (ระบุ).....
- ตกขาวผิดปกติ
- มีเลือดออกภายหลังมีเพศสัมพันธ์ โดยมีอาการนาน.....เดือน ก่อนมาตรวจ
- อยู่ในวัยหมดประจำเดือนแล้ว และมีเลือดออกมานาน.....เดือน ก่อนมาตรวจ
- อาการอื่นๆ (ระบุ).....

ผู้ให้ข้อมูล :  ตัวผู้ป่วยเอง  ญาติ (ระบุชื่อ).....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย