

➤ 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.....

ที่อยู่ถาวร : 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 ตำรวจจราจร)

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ : ชื่อ-นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....

ที่อยู่ : ที่อยู่เดียวกับทะเบียนบ้าน ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ถาวร ไม่ใช่ : โปรดกรอกที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้

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

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

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

มาตรวจโดย : 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 (ระบุนชื่อยา).....อาการที่เกิด.....
- มีประวัติ แพ้สิ่งอื่น ๆ (เช่น ผุ่นละออง เกสรดอกไม้ เป็นต้น).....อาการที่เกิด.....

ท่านมีประวัติเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ :

- โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุนวัยวะที่เป็นมะเร็ง และปีที่ทราบ).....
- ไวรัสตับอักเสบ ชนิด เอ บี ซี ไม่ทราบชนิด พยาธิใบไม้ในตับ วัณโรคปอด
- อื่นๆ (ระบุน).....

2. ประวัติอื่น ๆ

สูบบุหรี่ : ไม่สูบ สูบ และปัจจุบันยังสูบอยู่โดยสูบตั้งแต่อายุ.....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 ระบุน
 ใช้ยาเส้น / ยาฉุน ไม่ใช้ยาเส้น / ยาฉุน
 ถ้าหยุดแล้ว จำนวนปีที่เคี้ยว.....ปี จำนวนปีที่หยุด.....ปี

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

4. ประวัติโรคมะเร็งของญาติในครอบครัว :

ญาติในครอบครัวของท่าน(พ่อ-แม่/สามี-ภรรยา/บุตรชาย-บุตรสาว/พี่ชาย-พี่สาว/น้องชาย-น้องสาว/ปู่-ย่า/ตา-ยาย)
 มีผู้ที่เคยเป็นหรือเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุน 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 (ระบุนชื่อ).....เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

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