

# ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี

## ประวัติผู้มาตรวจ

<input type="checkbox"/> จ่ายเอง	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ
<input type="checkbox"/> ประกันสังคม	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> บัตรสุขภาพ 30 บาท	
เลขที่บัตร.....	

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ  
.....

เลขทะเบียน.....  
วันที่...../...../.....  
( ช่องว่างข้างบนนี้ สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก )

### 1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อ ( นาย/นาง/นางสาว ).....นามสกุล.....
- 1.2 ที่อยู่ของท่านตามสำมะโนครัว.....ที่อยู่ตามจริง.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ซอย..... ซอย.....  
ถนน.....ตำบล..... ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด..... อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อท่านได้รวดเร็ว ( ถ้ามี ).....  
น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
- 1.3 เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี ( คิดอายุเต็มปี ถึงเมื่อวันเกิดครั้งสุดท้าย )
- 1.4 สถานที่เกิด ( ) ประเทศไทย ( ระบุจังหวัด ) .....
- 1.5 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
- 1.6 สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า ( ) หม้าย ( ) แยกกันอยู่
- 1.7 เชื้อชาติ ( ) ไทย ( ) จีน ( ) อินเดีย ( ) ญี่ปุ่น ( ) อื่นๆระบุ.....
- 1.8 ศาสนา ( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) ฮินดู ( ) คริสต์ ( ) อื่นๆระบุ.....
- 1.9 การศึกษาชั้นสูงสุด ( ) ไม่ได้เรียน ( ) ป.1-ป.6  
( ) ม.1-ม.3 (ป.7-มศ.3) ( ) ม.4-ม.6 (มศ.4-มศ.5)  
( ) อนุปริญญา หรือเทียบเท่า ( ) ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี
- 1.10 ปัจจุบันประกอบอาชีพ.....
- 1.11 สาเหตุที่มารับบริการที่ศูนย์ฯ มะเร็งลพบุรี  
( ) เพื่อตรวจร่างกายทั่วไป ( ) เพื่อตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (ระบุ)  
( ) แพทย์หรือโรงพยาบาลส่งมารักษาต่อ ( ระบุชื่อแพทย์ หรือโรงพยาบาล )  
( ) อื่นๆ (ระบุ)



2. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติในครอบครัว (ระบุ).....

3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

3.1 ท่านมีโรคประจำตัวหรือเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่  
( ) ไม่เคย ( ) เคย โปรดระบุ.....

3.2 ท่านเคยแพ้สิ่งเหล่านี้หรือไม่  
3.2.1 ยา ( ) ไม่แพ้ ( ) แพ้ ระบุ.....  
3.2.2 อาหาร ( ) ไม่แพ้ ( ) แพ้ ระบุ.....  
3.2.3 แพ้สิ่งอื่นๆ (ระบุ) ( ) ผื่นละออง ( ) เกษรดอกไม้ ( ) ขนสัตว์

4. ประวัติเฉพาะสตรี

4.1 วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งล่าสุด (ระบุ วัน/เดือน/ปี).....  
4.2 ถ้าท่านหมดประจำเดือนแล้ว หมดประจำเดือนเมื่ออายุกี่ปี.....ปี  
4.3 สาเหตุของการหมดประจำเดือน ( ) ตามธรรมชาติ ( ) ผ่าตัด ( ) อื่นๆ ระบุ.....  
4.4 ท่านตั้งครรภ์มาแล้วทั้งหมด.....ครั้ง (รวมตัวเองและทำแท้งด้วย)  
ปัจจุบันนี้ ท่านมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่.....คน ลูกคนสุดท้ายอายุ.....ปี  
4.5 กลอดครบกำหนด.....ครั้ง เป็นการกลอดเอง.....ครั้ง ผ่าตัด.....ครั้ง  
กลอดก่อนกำหนด.....ครั้ง เป็นการกลอดเอง.....ครั้ง ผ่าตัด.....ครั้ง  
แท้งทั้งหมด.....ครั้ง เป็นการแท้งเอง.....ครั้ง ทำแท้ง.....ครั้ง

5. ประวัติการสูบบุหรี่ ท่าน ( ) ไม่เคยสูบบุหรี่  
( ) สูบบางครั้ง หรือเคยสูบบางครั้งโดยทั้งชีวิตสูบไม่เกิน 100 มวน หรือทั้งชีวิตเคยสูบมาแล้ว.....ซอง  
( ) เคยสูบแต่เลิกแล้ว.....ปี เลิกสูบแล้ว.....ปี ช่วงที่เคยสูบบุหรี่นั้นโดยเฉลี่ยสูบวันละ.....ซอง  
( ) สูบประจำ สูบเป็นเวลา.....ปี โดยเฉลี่ยวันละ.....ซอง

6. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ท่าน ( ) ไม่เคยดื่ม  
( ) ดื่มเป็นบางครั้ง  
( ) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี ดื่มมาแล้ว.....ปี เลิกดื่มแล้ว.....ปี  
( ) ดื่มเป็นประจำ ดื่มเป็นเวลา.....ปี

7. อาการสำคัญที่เป็นสาเหตุให้มารับการตรวจครั้งนี้ (โปรดระบุ ถ้ามี) .....

เริ่มมีอาการเมื่อใด.....

