

กรู๊ปเลือด.....  
 วันที่แจ้ง.....  
 ผู้ให้ข้อมูล.....  
 (ตัวบรรจง)

**โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี**  
**ประวัติผู้มารับบริการ**  
**(Patient's Profile)**

จ่ายเอง                       ข้าราชการ  
 ประกันสังคม               รัฐวิสาหกิจ  
 บัตรสุขภาพ 30 บาท  
 เลขที่บัตร.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ    เลขทะเบียน

..... วันที่ .....

.....  
 สติ๊กเกอร์

**1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย**

1.1 ชื่อ ( นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

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

1.2 ที่อยู่ของท่านตามทะเบียนบ้าน      ที่อยู่ปัจจุบันตามจริง

บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....      บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย.....      ซอย.....

ถนน..... ตำบล.....      ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....      อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....      รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

1.3 เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... อายุ.....ปี (คิดอายุเต็มปี ถึงเมื่อวันเกิดครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย)

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 สาเหตุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

( ) เพื่อตรวจร่างกายทั่วไป ( ) เพื่อตรวจร่างกายเฉพาะส่วน (ระบุ).....

( ) แพทย์หรือโรงพยาบาลส่งมารักษาต่อ (ระบุชื่อแพทย์ หรือโรงพยาบาล).....

( ) อื่น ๆ (ระบุ)

**2. ข้อมูลของญาติ**

2.1 ชื่อ-นามสกุลญาติที่ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

2.2 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติในครอบครัว(ระบุ).....

3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

3.1 ท่านมีโรคประจำตัวหรือเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่

( ) ไม่เคย ( ) เคย โปรดระบุ.....

3.2 ท่านเคยแพ้สิ่งเหล่านี้หรือไม่

3.2.1 ยา ( ) ไม่ทราบประวัติแพ้ยา ( ) ไม่มีประวัติแพ้ยา ( ) แพ้ ระบุ.....

3.2.2 อาหาร ( ) ไม่ทราบประวัติแพ้อาหาร ( ) ไม่มีประวัติแพ้อาหาร ( ) แพ้ ระบุ.....

3.2.3 แพ้สิ่งอื่น ๆ (ระบุ) ( ) ผื่นละออง ( ) เกษรดอกไม้ ( ) ขนสัตว์

4. ประวัติเฉพาะสตรี

4.1 วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (ระบุ วัน / เดือน / ปี).....

4.2 ถ้าท่านหมดประจำเดือนแล้ว หมดประจำเดือนเมื่ออายุกี่ปี.....ปี

4.3 สาเหตุของการหมดประจำเดือน ( ) ตามธรรมชาติ ( ) ผ่าตัด ( ) อื่นๆ ระบุ.....

4.4 ท่านตั้งครรภ์มาแล้วทั้งหมด.....ครั้ง (รวมแท้งเองและทำแท้งด้วย)

ปัจจุบันนี้ ท่านมีบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่.....คน ลูกคนสุดท้ายอายุ.....ปี

4.5 คลอดครบกำหนด.....ครั้ง เป็นการคลอดเอง.....ครั้ง ผ่าตัด.....ครั้ง

คลอดก่อนกำหนด.....ครั้ง เป็นการคลอดเอง.....ครั้ง ผ่าตัด.....ครั้ง

แท้งทั้งหมด.....ครั้ง เป็นการแท้งเอง.....ครั้ง ทำแท้ง.....ครั้ง

5. ประวัติการสูบบุหรี่ / ยานสูบ

( ) ไม่เคยสูบบุหรี่ หรือเคยสูบบางครั้งโดยทั้งชีวิตสูบไม่เกิน 100 มวน

( ) สูบบางครั้ง โดยทั้งชีวิตเคยสูบมาแล้ว.....ของ

( ) เคยสูบบุหรี่ ปัจจุบันหยุดสูบแล้ว โดยที่ทั้งชีวิตนี้เคยสูบบุหรี่รวมระยะเวลา.....ปี

ช่วงที่สูบบุหรี่นั้นโดยเฉลี่ยสูบวันละ.....ของ ปัจจุบันหยุดสูบบุหรี่มาได้นาน.....ปี

( ) สูบประจำ สูบเป็นเวลา.....ปี โดยเฉลี่ยวันละ.....ของ

6. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

( ) ไม่เคยดื่ม ( ) ดื่มเป็นบางครั้ง ( ) ดื่มเป็นประจำ ดื่มเป็นเวลา.....ปี

( ) เคยดื่มแต่เลิกแล้ว.....ปี ดื่มมาแล้ว.....ปี เลิกดื่มแล้ว.....ปี

7. ประวัติการใช้สารเสพติด

( ) ไม่ใช้ ( ) ใช้บางครั้ง ( ) ใช้เป็นประจำ เป็นเวลา.....เดือน / ปี

8. อาการสำคัญที่เป็นสาเหตุให้มารับการตรวจครั้งนี้.....

เริ่มมีอาการเมื่อใด.....