

ชื่อหน่วยงาน.....

## แบบสำรวจตรวจสุขภาพประจำปี 2567

HN.....

### สำหรับผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

โรคประจำตัว.....รักษาที่ รพ.....

สิทธิ์การรักษา :  เบิกได้  UC  ประกันสังคม ที่ รพ.....

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. (คำนวณ BMI =.....) รอบเอว.....ซม.

Vital sign : BP.....mmHg PR...../min

ประวัติการสูบบุหรี่ :  ไม่สูบ  สูบ (.....มวน/วัน) การดื่มสุรา :  ไม่ดื่ม  ดื่ม (.....แก้ว/วัน/สัปดาห์/เดือน)

ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ ระบุ.....

มีประวัติตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ  Pap smear  HPV DNA test  HPV Self Sampling

ผลการตรวจ.....ตรวจที่.....เมื่อวันที่.....

#### **Package A** (สำหรับอายุต่ำกว่า 35 ปี)

**Chest X-ray/** CBC / UA / Stool Occult Blood

\*ผู้หญิง เพิ่มการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

#### **Package B** (สำหรับอายุมากกว่า 35 ปี)

**Chest X-ray /**CBC / UA / Stool Occult Blood / Pap smear

FBS / Cholesterol / Triglyceride /HDL/LDL/ BUN / Creatinine

SGPT / SGOT / Alkaline Phosphatase / Uric acid

\*ผู้หญิง เพิ่มการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**หมายเหตุ :** \*การตรวจ CXR ทุกรายเว้นแต่ในรายที่ตรวจมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน

\*\*การตรวจร่างกาย (เจาะเลือด + X-ray) ต้องตรวจให้แล้วเสร็จใน 1 วันเท่านั้น

\*\*\*หากไม่สะดวกตรวจสุขภาพตามวันที่กำหนด สามารถระบุวันที่สะดวกได้ภายในช่วงเวลาที่กำหนดพร้อมระบุ

เหตุผล

\*\*\*\*หากตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานมาไม่เกิน 6 เดือน ไม่ต้องตรวจสุขภาพ

★วันที่สะดวกในการตรวจสุขภาพ :  ตรวจสอบวันที่ รพ. กำหนดในตาราง วันที่ .....

อื่นๆ ระบุวันที่.....เหตุผล.....

ไม่ตรวจสุขภาพ เนื่องจากตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานมาไม่เกิน 6 เดือน ระบุ.....

ไม่ตรวจ CXR เนื่องจากตรวจมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน ระบุวันที่.....

ตรวจ HBsAg และ Anti HCV แบบ rapid test สำหรับคนที่เกิดก่อน พ.ศ.2535

(ไม่ตรวจเนื่องจากตรวจแล้วเมื่อวันที่.....)

ประสงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ (เข้าระบบนัดกับคุณกาญจนา เรืองกลิ้ง)

Pap smear (อายุ ต่ำกว่า 30 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป ตรวจทุก 1 ปี)

HPV Self Sampling (อายุ 30 ปี - ต่ำกว่า 60 ปี ตรวจทุก 5 ปี)

HPV DNA test (อายุ 30 ปี - ต่ำกว่า 60 ปี ตรวจทุก 5 ปี)