



ใบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ (ยื่นพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ)

เลขที่บัตรข้าราชการ

บัตรหมดอายุ...../...../.....

เลขที่บัตรประชาชน

บัตรหมดอายุ...../...../.....

ชื่อ (นาย,นาง,น.ส.,คช.,คญ.).....นามสกุล.....

วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....บ้าน.....ถนน.....

หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

กลุ่มเลือด	สถานภาพสมรส	ศาสนา	เชื้อชาติ	สัญชาติ
<input type="radio"/> A (เอ) <input type="radio"/> B (บี) <input type="radio"/> AB (เอบี) <input type="radio"/> O (โอ) อื่นๆ.....	<input type="radio"/> 1 โสด <input type="radio"/> 2 สมรส <input type="radio"/> 3 หม้าย <input type="radio"/> 4 หย่า <input type="radio"/> 5 แยก <input type="radio"/> 6 นักบวช	<input type="radio"/> 1 พุทธ <input type="radio"/> 2 คริสต์ <input type="radio"/> 3 อิสลาม อื่นๆ.....	<input type="radio"/> 99 ไทย <input type="radio"/> 56 ลาว <input type="radio"/> 57 กัมพูชา <input type="radio"/> 44 จีน อื่น ๆ.....	<input type="radio"/> 99 ไทย <input type="radio"/> 56 ลาว <input type="radio"/> 57 กัมพูชา <input type="radio"/> 44 จีน อื่น ๆ.....

ชื่อคู่สมรส.....ชื่อบิดาผู้ป่วย.....ชื่อมารดาผู้ป่วย.....

ชื่อผู้ติดต่อได้.....เกี่ยวข้องกับ.....บ้านเลขที่.....บ้าน.....

ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

วิธีการรักษา

- บัตรทอง 30 บาท
- ประกันสังคม
- เบิกต้นสังกัด (ข้าราชการพลเรือน / ลูกจ้างประจำ)
- ชำระเงินเอง
- เบิกต้นสังกัด (พนักงานรัฐวิสาหกิจ)
- อื่น.....
- เบิกต้นสังกัด (ข้าราชการท้องถิ่น)

หมายเหตุ ** ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลประวัติทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่ ผู้จัดพิมพ์..... ผู้จัดพิมพ์.....

ประวัติผู้มารับบริการสำหรับผู้ป่วยใหม่
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

รพ.มร.อุบ.75
วันที่.....
HN.....

ข้อมูลทั่วไป นาย อื่นๆ.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ประวัติการเจ็บป่วย

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

ท่านเคยเข้ารับการรักษา หรือ ผ่าตัดในโรงพยาบาลมาก่อนหรือไม่

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

ท่านเคยมีประวัติการแพ้ยา / อาหาร / หรือสิ่งต่างๆ หรือไม่

ไม่ทราบ ไม่เคยแพ้

มีประวัติ แพ้อาหาร (ระบุอาหาร).....ลักษณะอาการที่เกิด.....

มีประวัติ แพ้ยา (ระบุชื่อยา).....ลักษณะอาการที่เกิด.....

มีประวัติ แพ้สิ่งอื่นๆ (เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ เป็นต้น).....ลักษณะอาการที่เกิด.....

ท่านมีประวัติเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่

โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุอวัยวะที่เป็นมะเร็ง และปีที่ทราบ).....

ไวรัสตับอักเสบบี ชนิด เอ บี ซี ไม่ทราบชนิด พยาธิใบไม้ในตับ วัณโรคปอด

อื่นๆ (ระบุ).....

2. ประวัติอื่นๆ :

สูบบุหรี่: ไม่สูบ สูบ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ เริ่มสูบตั้งแต่อายุ.....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

ชนิดของแอลกอฮอล์ เบียร์ เหล้า อื่นๆ ระบุ.....

เคี้ยวหมาก : ไม่เคี้ยว เคี้ยว / เคยเคี้ยว ระบุ.....

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

ยาเส้น : ใช้ ไม่ใช้

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

4. ประวัติโรคมะเร็งของญาติในครอบครัว : มีผู้ที่เป็นโรคมะเร็งหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ ความเกี่ยวข้องและ

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

4.1 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

4.2 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

4.3 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

4.4 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

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

.....(ตัวบรรจง)

ผู้ซักประวัติ

ประวัติผู้มารับบริการสำหรับผู้ป่วยใหม่
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ข้อมูลทั่วไป นาง นางสาว อื่นๆ.....ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ประวัติการเจ็บป่วย

1. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :

ท่านเคยเข้ารับการรักษา หรือ ผ่าตัดในโรงพยาบาลมาก่อนหรือไม่

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

ท่านเคยมีประวัติการแพ้ยา / อาหาร / หรือสิ่งต่างๆ หรือไม่

ไม่ทราบ ไม่เคยแพ้

มีประวัติ แพ้อาหาร (ระบุอาหาร).....ลักษณะอาการที่เกิด.....

มีประวัติ แพ้ยา (ระบุชื่อยา).....ลักษณะอาการที่เกิด.....

มีประวัติ แพ้สิ่งอื่นๆ (เช่น ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ เป็นต้น).....ลักษณะอาการที่เกิด.....

ท่านมีประวัติเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่

โรคมะเร็ง ไม่มี มี (ระบุอวัยวะที่เป็นมะเร็ง และปีที่ทราบ).....

ไวรัสตับอักเสบบี ชนิด เอ บี ซี ไม่ทราบชนิด พยาธิใบไม้ในตับ

วัณโรคปอด อื่นๆ (ระบุ).....

2. ประวัติอื่นๆ

สูบบุหรี่: ไม่สูบ สูบ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ เริ่มสูบตั้งแต่อายุ.....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

ชนิดของแอลกอฮอล์ เบียร์ เหล้า อื่นๆ ระบุ.....

เคี้ยวหมาก : ไม่เคี้ยว เคี้ยว / เคยเคี้ยว ระบุ.....

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

ยาเส้น : ใช่ ไม่ใช่

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

4. ประวัติโรคมะเร็งของญาติในครอบครัว : มีผู้ที่ เป็นโรคมะเร็งหรือไม่ ไม่มี มี (ระบุ ความเกี่ยวข้องและ

อวัยวะที่เป็น เช่น พ่อ-แม่ / สามเณร-ภรรยา / บุตรชาย-บุตรสาว / พี่ชาย-พี่สาว / น้องชาย-น้องสาว-ปู่-ย่า / ตา-ยาย)

4.1 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

4.2 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

4.3 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

4.4 เกี่ยวข้องกับท่านโดยมีฐานะเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

แบบบันทึกข้อมูลเฉพาะสตรี

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 ยาเลื่อนประจำเดือน
 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
จำนวนบุตรมีชีวิต.....คน
3. ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่อ อายุ.....ปี ตั้งครรภ์ครั้งสุดท้ายเมื่อ อายุ.....ปี

ประวัติการผ่าตัดอวัยวะในช่องเชิงกราน หรือช่องท้อง :

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

อาการผิดปกติที่มาตรวจในครั้งนี้

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

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

(ตัวบรรจง)

ผู้ซักประวัติ