

รายการสอบถามการตรวจมะเร็ง

นามสกุล		หมายเลขประจำตัว		เบอร์โทรศัพท์	บ้าน	
ชื่อ					มือถือ	
<input type="checkbox"/> สมาชิกประกันสุขภาพ <input type="checkbox"/> ผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือค่าตรวจ			ที่อยู่ อีเมล			
			วิธีการรับผลการตรวจสุขภาพ		<input type="checkbox"/> ส่งไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> E-mail	
ที่อยู่					รหัสไปรษณีย์	
					-	

※ ข้อที่เกี่ยวข้องกับการตรวจมะเร็ง

※ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับ **อาการปัจจุบันของคุณ** โดยทำเครื่องหมายถูกลงในช่องที่เหมาะสม

1. ปัจจุบันนี้มีส่วนของร่างกายที่โนบ่างที่รู้สึกไม่สบายไหม
 ①มี(อาการ:) ②ไม่มี
2. ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมาเคยมีอาการน้ำหนักลดลงมากกว่า 5 กิโลกรัมโดยไม่มีสาเหตุหรือไม่?
 ①ไม่เคย ②เคยลด(kg)

3. มีคนที่เคยเป็นมะเร็งหรือเป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ในครอบครัวเช่นคุณ, พ่อแม่พี่น้องลูก

ชนิดมะเร็ง	ไม่มี	ไม่ทราบ	มี(สามารถเลือกหลายข้อได้)				
			ท่าน	พ่อแม่	พี่น้องชาย	พี่น้องหญิง	ลูก
มะเร็งกระเพาะอาหาร							
มะเร็งเต้านม							
มะเร็งลำไส้ใหญ่							
มะเร็งตับ							
มะเร็งปากมดลูก							
มะเร็งปอด							
อื่น(มะเร็ง)							

- #### 4. ท่านเคยตรวจดังกล่าวไหม

ชื่อการตรวจ		ระยะการตรวจ			
		มากกว่า10ปีหรือไม่เคย	ต่ำกว่า 1ปี	มากกว่า 1ปีต่ำกว่า 2ปี	มากกว่า 2ปีต่ำกว่า 10ปี
มะเร็งกระเพาะอาหาร	การตรวจกระเพาะอาหาร (X-rayกระเพาะอาหาร)				
	ส่องกล้องกระเพาะอาหาร				
มะเร็งเต้านม	ตรวจเต้านม				
มะเร็งลำไส้ใหญ่	การตรวจเลือดที่ปนเปื้อนกับอุจจาระ (ตรวจอุจจาระ)				
	การตรวจลำไส้ (X-Rayลำไส้)				
	ส่องกล้องลำไส้				
มะเร็งปากมดลูก	การตรวจเซลล์ปากมดลูก				
มะเร็งปอด	การทำซีทีสแกนที่ปอด				
มะเร็งตับ	อัลตราซาวด์ตับ	ไม่เคยทำ	ภายใน 6เดือน	6เดือนถึง 1ปี	มากกว่า 1ปี

④ไม่ทราบ

