



งานบริการสุขภาพชุมชน คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
(กรุณาเขียนชื่อตัวบรรจงเพื่อความถูกต้องและเบิกตามสิทธิ์)



[ ] นาย

[ ] นาง .....นามสกุล.....อายุ.....ปี

[ ] นางสาว

เปลี่ยนชื่อในปีที่ผ่านมา(ชื่อเดิม).....นามสกุล.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อท่านได้โดยตรง  
.....

ข้อมูลทั่วไปของท่าน กรุณาลงประวัติสุขภาพของท่านโดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ถูกต้อง เพื่อความรวดเร็วในการพบแพทย์

- |                       |  |   |   |   |
|-----------------------|--|---|---|---|
| 1. สูบบุหรี่          | <input type="checkbox"/> ไม่สูบ              | <input type="checkbox"/> สูบ                    |   |   |
| 2. ดื่มสุรา           | <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม             | <input type="checkbox"/> ดื่ม                   |   |   |
| 3. โรคประจำตัว        | <input type="checkbox"/> ไม่มี               | <input type="checkbox"/> เบาหวาน                | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง                   | <input type="checkbox"/> ภาวะไขมันสูง       |
|                       | <input type="checkbox"/> เป็นมะเร็งที่ ..... | <input type="checkbox"/> โรคตับ                 | <input type="checkbox"/> วัณโรคปอด                            | <input type="checkbox"/> มีภาวะซีด/โลหิตจาง |
|                       | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด           | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าต์              | <input type="checkbox"/> โรคของต่อมธัยรอยด์                   | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ           |
|                       | <input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้          | <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน             | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....                          |   |
| 4. ท่านมีความเครียด   | <input type="checkbox"/> ไม่เครียด           | <input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง            |   |   |
| 5. พฤติกรรมที่ปฏิบัติ | <input type="checkbox"/> ไม่ออกกำลังกาย      | <input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย            | <input type="checkbox"/> ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/อาทิตย์ |   |
| 6. ยาที่รับประทานอยู่ | <input type="checkbox"/> ไม่ใช้ยา            | <input type="checkbox"/> ยาสำหรับโรคที่เป็นอยู่ | <input type="checkbox"/> ยาแก้ปวด                             | <input type="checkbox"/> อาหารเสริมสุขภาพ   |
|                       | <input type="checkbox"/> ใช้ยอร์โมน          | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....            |   |   |

ข้อมูลสำหรับแพทย์

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.  
ชีพจร.....ครั้ง/min ความดันโลหิต.....mmHg  
ประวัติครอบครัว  เบาหวาน บิดา มารดา  
 ความดันโลหิตสูง บิดา มารดา  
 ไขมันสูง บิดา มารดา

สรุปความเห็นของแพทย์	ปกติ	ผิดปกติ
.....ตา หู คอ จมูก [ ] [ ]		
.....ต่อมน้ำเหลือง [ ] [ ]		
.....ธัยรอยด์ [ ] [ ]		
.....ปอด [ ] [ ]		
.....หัวใจ [ ] [ ]		
.....ท้อง [ ] [ ]		
.....แขน ขา [ ] [ ]		
.....ผิวหนัง [ ] [ ]		
.....ช่องปาก [ ] [ ]		

ลงชื่อแพทย์.....

**เอกสารการยินยอมให้ข้อมูลการตรวจสุขภาพกับงานบริการทางการแพทย์**

**การเคหะแห่งชาติ**

ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจสุขภาพประจำปีกับทางงานบริการสุขภาพชุมชน และภายหลังจากได้รับข้อมูลการตรวจสุขภาพแล้ว ข้าพเจ้า [ ] ยินยอม [ ] ไม่ยินยอม

ให้คณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล ส่งรายละเอียดข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจัดทำรายงานผลการตรวจแยกต่างหากจากซองผลการตรวจรายบุคคล เก็บไว้ที่งานบริการทางการแพทย์ การเคหะแห่งชาติ เพื่อจุดประสงค์ที่หน่วยงานจะนำข้อมูลไปใช้ในส่วนของการติดตาม ดูแลด้านสวัสดิการ การเฝ้าระวัง เพื่อนำไปสู่การป้องกัน และติดตามดูแลให้มีสุขภาพที่ดี พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ เพื่อแสดงความยินยอมตามข้อมูลดังกล่าวไว้ท้ายเอกสารฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการตรวจ  
(.....)  
วันที่..... พ.ศ.2561