

## ใบกรอกประวัติสำหรับเข้ารับการตรวจสุขภาพ

Date  
Patient ID

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน และนำมายื่นที่เคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ในวันที่เข้าตรวจ ข้อมูลส่วนตัวเหล่านี้จะถูกนำมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพ (เช่น ตรวจสุขภาพ)

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)		เพศ	M · F	อายุ		วันเดือนปี เกิด	
เบอร์ โทรศัพท์		Email				ประกัน สุขภาพ	
ที่อยู่ปัจจุบัน							
ชื่อบริษัท	<input type="checkbox"/> กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ สำหรับท่านที่ต้องการออกใบเสร็จในนามบริษัท						

## เบอร์ติดต่อฉุกเฉิน

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)		เบอร์ โทรศัพท์		ความสัมพันธ์	
---------------------------	--	-------------------	--	--------------	--

## สำหรับท่านที่ตรวจสุขภาพ

- Q1. คุณตรวจสุขภาพครั้งล่าสุดเมื่อไหร่? ( )
- Q2. คุณเคยตรวจหาเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (Helicobacter Pylori) หรือไม่? ( เคย or ไม่เคย )
- Q3. คุณสูบบุหรี่หรือไม่? ( เคย or ไม่เคย ถ้าเคย สูบมาแล้วกี่ปี )
- Q4. คุณเคยตรวจภูมิแพ้ (Allergy test) หรือไม่? ( เคย or ไม่เคย )
- Q5. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในกล่องสี่เหลี่ยมข้างหน้าวัคซีนที่คุณเคยฉีดครบแล้ว
- ※ วัคซีนที่เคยฉีดครบแล้ว กรุณาเขียนช่วงเวลาที่ดีที่สุดไปที่ช่องว่างด้านขวาของวัคซีนตัวนั้นๆ
- |                          |                                 |       |
|--------------------------|---------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนไวรัสตับอักเสบบ A         | _____ |
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนไวรัสตับอักเสบบ B         | _____ |
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนพิษสุนัขบ้า               | _____ |
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนบาดทะยัก                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนไขสันหลังอักเสบบ E        | _____ |
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนไขหวัดใหญ่                | _____ |
| <input type="checkbox"/> | วัคซีนป้องกันโรคหัด, หัดเยอรมัน | _____ |

## สำหรับสุขภาพสตรี

- Q1. ปัจจุบันคุณตั้งครรภ์หรือมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์หรือไม่? ( ใช่ or ไม่ใช่ )
- Q2. ตอนนี้อยู่ในวัยมีประจำเดือนหรือไม่? ( ใช่ or ไม่ใช่ )
- Q3. ประจำเดือนรอบล่าสุดมาตั้งแต่วันที่เท่าไรถึงวันที่เท่าไรคะ? ( )
- Q4. คุณเข้ารับการตรวจกับหมอสตรีเวชศาสตร์ครั้งล่าสุดเมื่อไหร่? ( )
- Q5. คุณมีอะไรที่อยากจะปรึกษาหมอสตรีเวชหรือไม่?

## ปัญหาหรือความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพอื่นๆ

ขอขอบคุณที่ท่านเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพของคลีนิก

หากท่านมีปัญหาหรือความกังวลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพสามารถปรึกษากับแพทย์ได้ โดยให้อธิบายอาการของท่านกับแพทย์ผู้ตรวจ

และในกรณีที่มีการสั่งยา สามารถเบิกประกันสุขภาพได้ สำหรับท่านที่มีประกันกรุณากรอกข้อมูลลงในช่องด้านล่างเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทราบล่วงหน้า

--

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในช่วงต้นอีกครั้ง หากตรวจสอบเรียบร้อยแล้วกรุณาลงชื่อทางด้านขวามือ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_