

มูลนิธิกาญจนบารมี

แบบบันทึกการตรวจเต้านม หน่วยคัดกรองมะเร็งเต้านมเคลื่อนที่

โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammography) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สิทธิการรักษา : UC ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกตรง ☐ อื่นๆ:

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

สถานะ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตร จำนวน.....คน เบอร์สำรองโทร.....

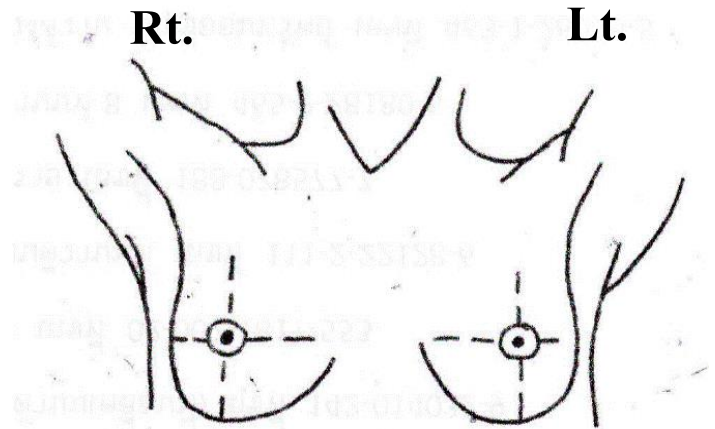
ความเสี่ยงที่สำคัญ.....เสริมเต้านม ☐ เสริม ☐ ไม่เสริม LMP :.....

☐ ไม่เคยMMG ☐ เคยMMG.....

บันทึกของแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ.....

พยาบาลผู้ตรวจ.....



มูลนิธิกาญจนบารมี

แบบบันทึกการตรวจเต้านม หน่วยคัดกรองมะเร็งเต้านมเคลื่อนที่

โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์เต้านมเคลื่อนที่ (Mammography) ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสฯ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สิทธิการรักษา : UC ☐ ประกันสังคม ☐ เบิกตรง ☐ อื่นๆ:

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.....

สถานะ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ ไม่มีบุตร ☐ มีบุตร จำนวน.....คน เบอร์สำรองโทร.....

ความเสี่ยงที่สำคัญ.....เสริมเต้านม ☐ เสริม ☐ ไม่เสริม LMP :.....

☐ ไม่เคยMMG ☐ เคยMMG.....

บันทึกของแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ.....

พยาบาลผู้ตรวจ.....

