

## แบบฟอร์มการลงทะเบียน

ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม และอัลตราซาวด์ ในประชากรกลุ่มเสี่ยง

### ผู้รับบริการ

ชื่อ ..... นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ .....

เลขบัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

### ญาติสายตรงที่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เลขบัตรประชาชน .....

ความเกี่ยวข้อง  บิดา  มารดา  พี่สาว  น้องสาว  พี่ชาย  น้องชาย  ลูกสาว  ลูกชาย

โรงพยาบาลที่รักษา/เคยรักษา ..... จังหวัด .....

เลขประจำตัวผู้ป่วย (NH) .....

ใบรับรองแพทย์ยืนยันการเป็นมะเร็งเต้านม  มีใบรับรองแพทย์  ไม่มีใบรับรองแพทย์

ลงชื่อ .....

(.....)

ว/ด/ป.....

ผู้รับบริการ



กรมการแพทย์  
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

## ใบรับรองแพทย์

### ส่วนที่ 1 ของผู้ขอใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

มีความประสงค์จะขอ ใบรับรองแพทย์ เพื่อมอบให้.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

มีความเกี่ยวข้องกับ  มารดา  ลูกสาว  พี่สาว  น้องสาว

ใช้เป็นเอกสารประกอบการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่...../เดือน/.....พ.ศ.....

### ส่วนที่ 2 ของแพทย์

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/ แพทย์หญิง .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... ชื่อสถานพยาบาล .....

ที่อยู่สถานพยาบาล .....

ได้ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยชื่อ .....

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN) .....

ตรวจเมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

พบว่าป่วยเป็นโรค.....

.....

.....

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ