

### ข้อมูลการตรวจสุขภาพ

เลขที่บัตรประชาชน.....ชื่อ-นามสกุล.....  
 HN.....เพศ.....วันเกิด.....ส่วนสูง.....ชม. อายุ.....ปี  
 น้ำหนัก.....กก. ความดันโลหิต...../.....วันที่ตรวจ.....  
 ที่อยู่.....  
 รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทร.....

รายการ	อายุ	ความถี่	ผลการตรวจ
<b>การตรวจร่างกายตามระบบ</b>			
<input type="checkbox"/> การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test	15 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	30-39 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	40-54 ปี	ตรวจทุกปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	55 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม/เสี่ยง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	40-54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	55 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 1-2 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การตรวจตาคด้วย Snellen eye Chart	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>			
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	18-54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	55-70 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> บีสภาวะ UA	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<b>การตรวจสารเคมีในเลือด</b>			
<input type="checkbox"/> น้ำตาลในเลือด FBS	35-54 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> น้ำตาลในเลือด FBS	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> การทำงานของไต CR	56 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> ไขมันในเส้นเลือดชนิด Total & HDL Cholesterol	20 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 5 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<b>การตรวจอื่น ๆ</b>			
<input type="checkbox"/> เชื้อไวรัสตับอักเสบบ HBsAg	สำหรับผู้เกิดก่อน พ.ศ.2535	ตรวจ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> มะเร็งปากมดลูก Pap Smear	30-54 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> มะเร็งปากมดลูก Pap Smear	55 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> มะเร็งปากมดลูก Via	30-54 ปี	ตรวจทุก 5 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> มะเร็งปากมดลูก Via	55 ปีขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap smear	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> เลือดในอุจจาระ FOBT	50 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ
<input type="checkbox"/> Chest X-ray	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ไม่ปกติ

**\*\*หมายเหตุ** พร้อมกับแนบสำเนาบัตรประชาชน 1 แผ่น

## ใบรายงานผลตรวจสุขภาพ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

หน่วยงาน.....	HN.....	เลขรับแจ้ง.....	วันที่รับบริการ.....
ชื่อ-นามสกุล/NAME.....	เลขบัตรประชาชน.....		โทรศัพท์ / TEL.....
ที่อยู่ / Address.....			

### ข้อมูลสุขภาพ (Health data)

การตรวจร่างกายตามระบบ	ผลปกติ	ผลผิดปกติ	การตรวจสารเคมีในเลือด	ค่าที่ตรวจได้	ค่าปกติ
	NORMAL	ABNORMAL	BIOCHEMICAL TESTS	RESULT	NORMAL
1.การคัดกรองการได้ยิน Finger Rub Test			7.การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด FBS		
2.การตรวจเต้านม โดยแพทย์หรือ บุคลากรสาธารณสุข			8.การทำงานของไต Serum Creatinine		
3.การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์			9.การตรวจไขมันในเลือด Total Cholesterol		
4.การตรวจตาค้วย Snell eye Chart			HDL Cholesterol		
5.ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC COMPLETE BLOOD COUNT	ค่าที่ตรวจได้	ค่าปกติ	10.ตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบ HBsAg		
4.ภาวะโลหิตจาง Hb	RESULT	NORMAL	11.การตรวจเนื้อเยื่อจากปากมดลูก ด้วยวิธี PAP Smear		
Hct			ด้วยวิธี Via		
จำนวนเม็ดเลือดขาวรวม WBC			12.การตรวจปัสสาวะ UA	ค่าที่ตรวจได้	ค่าปกติ
จำนวนเม็ดเลือดขาวแยกตามชนิด			sp.gr	RESULT	NORMAL
Neutrophil			Ph		
Lymphocyte			Glucose		
Monocyte			Albumin		
Eosinophil			RBC		
Basophil			WBC		
จำนวนเกร็ดเลือด Platelets count			Epith cell		
รูปร่างเม็ดเลือดแดง RBC			Blood		
			Ketone		
	ผลปกติ	ผลผิดปกติ			
	NORMAL	ABNORMAL	13.การตรวจหาเลือดในอุจจาระ		
6.Chest X-ray			Fecal occult blood test (FOBT)		

สรุปผลตรวจ

คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพ.....

ผู้ประกันตนลงนาม.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

( ) ( )