

ใบส่งตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)

Primary Care unit จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ลำดับที่.....

ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

HN

สาขาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อ-สกุล อายุ..... ปี ว.ค.ป. เกิด

ชื่อบิดา : นาย..... มีชีวิต ถึงแก่กรรม

ชื่อ มารดา : นาง..... มีชีวิต ถึงแก่กรรม

สามีชื่อ..... มีชีวิต ถึงแก่กรรม

สิทธิการรักษา บัตรทอง บัตรประกันสังคม.....

ข้าราชการ สิทธิอื่น ๆ ระบุ

หมายเลขโทรศัพท์.....

นน.....กก. ส่วนสูง..... ความดันโลหิต.....กรุปเลือด.....

เลขบัตรประชาชน (13 หลัก)

ที่อยู่ปัจจุบัน

อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา :

สถานภาพ คู่ หม้าย หย่า แยก โสด

แต่งงานครั้งแรกอายุ ปี มีประจำเดือนครั้งแรกอายุ ปี

ประจำเดือนวันแรกครั้งสุดท้ายวันที่ / /คลอดมาแล้ว..... ครั้ง

ลูกคนสุดท้ายอายุ ปี แท้ง เคย ไม่เคย

แท้งครั้งสุดท้าย ปีมาแล้ว ปัจจุบันคุมกำเนิดวิธี

เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่เคย เคย ว.ค.ป. ตรวจครั้งสุดท้าย.....

ส่งตรวจจาก Vaginal Cervical Endocervical Endometrial

Previous Therapy Hormone Radiation

Other.....

Clinical Findings Normal Erosion Mass

Other.....

Clinical Findings Check up Inflammation Malignancy

Other.....

ตรวจด้านมพบความผิดปกติ ระบุ.....

ชื่อผู้ตรวจ.....

ว.ค.ป. ที่ตรวจ...../...../.....