

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 - - - -

มีความเกี่ยวข้องเป็น ☐ 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.

พบว่าผู้ป่วยเป็นโรค.....

.....

.....

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ