

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.....

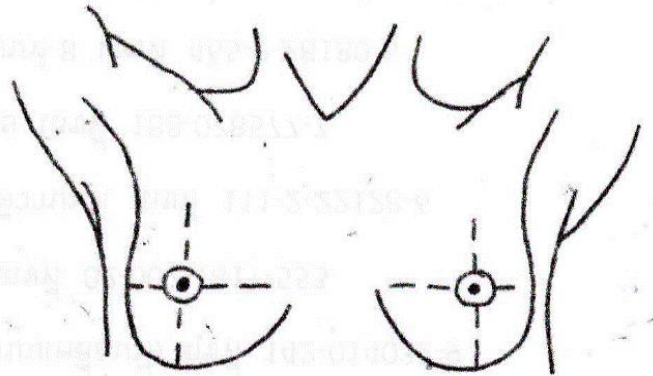
ความเสี่ยงที่สำคัญ..... เสริมเต้านม เสริม ไม่เสริม LMP :.....

ไม่เคยMMG เคยMMG.....

บันทึกของแพทย์

Rt.

Lt.



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.....

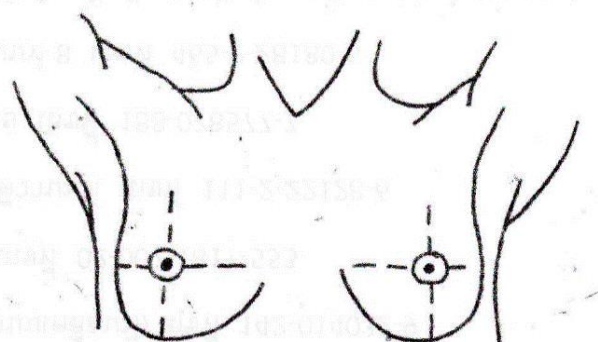
ความเสี่ยงที่สำคัญ..... เสริมเต้านม เสริม ไม่เสริม LMP :.....

ไม่เคยMMG เคยMMG.....

บันทึกของแพทย์

Rt.

Lt.



แพทย์ผู้ตรวจ.....

พยาบาลผู้ตรวจ.....