

ประวัติผู้ป่วย Medical questionnaire

ชื่อและนามสกุล Name	อายุ Age ()	<input type="checkbox"/> ชาย Male	<input type="checkbox"/> หญิง Female
วันเกิด Date of birth _____	วัน D./ _____	เดือน M./ _____	ปี Y. สัญชาติ Nationality
ส่วนสูง Height _____	cm	น้ำหนัก Weight _____	kg
ที่อยู่ Address			
เบอร์โทรศัพท์ Phone number	อีเมล E-mail		
มีประกันสุขภาพหรือไม่ Do you have any health insurance? <input type="checkbox"/> มี Yes () <input type="checkbox"/> ไม่มี No			

บุคคลที่ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน In case of emergency, whom may we contact?	
ชื่อและนามสกุล Name	ความสัมพันธ์ Relationship to patient
เบอร์โทรศัพท์ Phone number	

กรุณาลงประวัติสุขภาพส่วนบุคคล Please check all corresponding answers.

***กรุณาใส่ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล Please be specific, if yes.**

ท่านมีประวัติแพ้หรือไม่ Do you have any allergies to food, medicine, etc.? <input type="checkbox"/> มี Yes () <input type="checkbox"/> ไม่มี No
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ Do you have any underlying disease? <input type="checkbox"/> ใช่ Yes () <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No
ท่านใช้ยาประจำตัวหรือไม่ Are you currently taking medication? <input type="checkbox"/> มี Yes () <input type="checkbox"/> ไม่มี No
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของท่าน What illnesses have you had in the past? <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> โรกระบบทางเดินอาหาร stomach and intestinal disorder <input type="checkbox"/> โรคตับ liver disease <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ heart disease <input type="checkbox"/> โรคไต kidney disease <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน diabetes <input type="checkbox"/> โรคความดันสูง hypertension <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง cancer <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด asthma <input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์ thyroid problems <input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง dyslipidemia <input type="checkbox"/> อื่นๆ others ()
คุณเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ Have you ever had any operations? <input type="checkbox"/> มี Yes () <input type="checkbox"/> ไม่มี No
ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว Have your parents, brothers/sisters and grandparents had any illnesses? <input type="checkbox"/> โรคความดันสูง hypertension <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ heart disease <input type="checkbox"/> โรคตับ liver disease <input type="checkbox"/> โรคไต kidney disease <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง stroke <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน diabetes <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง Cancer <input type="checkbox"/> อื่นๆ others () <input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติโรคในครอบครัว No, they have not had any illness written above.

ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ Do you smoke? <input type="checkbox"/> สูบ Yes <input type="checkbox"/> ไม่สูบ No ปกติคุณสูบ I smoke _____ Cigarette(s) a day (_____ มวน/ วัน) ระยะเวลา How many years? _____ ปี
คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ Do you drink any alcohol? <input type="checkbox"/> ดื่ม Yes <input type="checkbox"/> บางโอกาส Sometimes <input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม No ประเภทของเครื่องดื่ม What type of Alcohol do you drink? (_____) ดื่มบ่อยแค่ไหน How many days a week do you drink? Day(s) a week _____ (วัน / สัปดาห์)

***สำหรับผู้หญิงเท่านั้น For women only.**

ขณะนี้คุณกำลังตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์หรือไม่ Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? <input type="checkbox"/> ใช่ Yes → _____ เดือน months <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No
คุณกำลังให้นมบุตรหรือไม่ Are you breastfeeding? <input type="checkbox"/> ใช่ Yes <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ No

เซ็นชื่อ Signature

วันที่ Date

Clinic staff