

# ใบรายการตรวจสอบภาพประกันสังคม

ชื่อ - สกุล : \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_

HN : \_\_\_\_\_ น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก. ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. รอบเอว. \_\_\_\_\_ ซม. ความดันโลหิต \_\_\_\_\_ mmHg

รายการที่ตรวจ					
	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"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การตรวจเต้านม โดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	30 - 39 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การตรวจเต้านม โดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	40 - 45 ปี	ตรวจทุกปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การตรวจเต้านม โดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข	55 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม/เสี่ยง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	40 - 54 ปี	ตรวจทุก 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การตรวจตาโดยความดูแลของจักษุแพทย์	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1-2 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การตรวจตาด้วย Snellen eye Chart	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<b>การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>					
<input type="checkbox"/>	ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	18 - 54 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด CBC	55 - 70 ปี	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	ปัสสาวะ UA	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<b>การตรวจสารเคมีในเลือด</b>					
<input type="checkbox"/>	น้ำตาลในเลือด FBS	35 - 54 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	น้ำตาลในเลือด FBS	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	การทำงานของไต creatinine	55 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	ไขมันในเส้นเลือดชนิด HDL, Cholesterol	20 ปีขึ้นไป	ตรวจทุก 5 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<b>การตรวจอื่นๆ</b>					
<input type="checkbox"/>	เชื้อไวรัสตับอักเสบบ HBsAg	สำหรับผู้เกิดก่อน พ.ศ.2535	ตรวจ 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	มะเร็งปากมดลูก Pap Smer	30 - 54 ปี	ตรวจทุก 3 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	มะเร็งปากมดลูก Pap Smer	55 ปีขึ้นไป	ตรวจตามความเหมาะสม/เสี่ยง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	มะเร็งปากมดลูก Via	30 - 54 ปี	ตรวจทุก 5 ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	มะเร็งปากมดลูก Via	55 ปีขึ้นไป	แนะนำให้ตรวจ Pap smear	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	เลือดในอุจจาระ FOBT	50 ปีขึ้นไป	ตรวจ 1 ครั้ง/ปี	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ
<input type="checkbox"/>	Chest X-ray	15 ปีขึ้นไป	1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> ผิดปกติ

แพทย์ผู้ตรวจ \_\_\_\_\_