

แบบตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากก่อนมะเร็งจังหวัดชลบุรี

หน่วยบริการที่ตรวจ (ระบุ)

ว.ด.ป. ที่ตรวจ	ลำดับ	หมายเลข บัตรประชาชน	ชื่อ – สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ นาย,นาง,น.ส.)	อายุ (ปี)	ประวัติความเสี่ยง				รหัสพื้นที่	ผลการตรวจรอยโรคในช่องปาก		ผู้ตรวจ
					สูบบุหรี่	เคี้ยว หมาก	ดื่ม เหล้า	ประวัติ มะเร็งใน ครอบครัว		ไม่พบ ความผิดปกติ	พบความ ผิดปกติ **	
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
									☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			

*หมายเหตุ : 1.ใส่สัญลักษณ์ (✓) ที่ช่องสูบบุหรี่,เคี้ยวหมาก,ดื่มเหล้า เมื่อมีความถี่มากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์2.ใส่สัญลักษณ์ (✓) ที่ช่องประวัติมะเร็งในครอบครัวเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นไม่ว่าบริเวณอวัยวะใดๆในร่างกาย เฉพาะญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ น้อง ลูก)

ไม่รวม ลุง ป้า น้า อา

** หมายเหตุ : หากตรวจพบรอยโรค ให้บันทึกผลการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (แบบบันทึก ต.2)

