

1. ชื่อ - นามสกุล		2. เลขประจำตัวประชาชน		3. เลขที่ Passport	
.....		
4. วัน / เดือน / ปี เกิด		6. สถานภาพสมรส	7. สัญชาติ	8. เชื้อชาติ	9. ศาสนา
...../...../.....		① โสด ② คู่/หม้าย/ ③ นักรบ ④ ไม่ระบุ	① ไทย ② จีน ③ ลาว ④ อื่นๆ ⑤ ไม่ระบุ	① ไทย ② จีน ③ ลาว ④ อื่นๆ ⑤ ไม่ระบุ	① พุทธ ② คริสต์ ③ อิสลาม ④ อื่นๆ..... ⑤ ไม่ระบุ
5. เพศ					
① ชาย ② หญิง ③ ไม่ระบุ					

10. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน		11. ที่อยู่ติดต่อได้	
บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....		บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....	
ตำบล.....อำเภอ.....		ตำบล.....อำเภอ.....	
จังหวัด.....		จังหวัด.....	
โทร.....		โทร.....	
รหัสไปรษณีย์.....รหัสที่อยู่.....		รหัสไปรษณีย์.....รหัสที่อยู่.....	

12. ชื่อโรงพยาบาล / รหัสโรงพยาบาล		18. ชั้นเนื้อนอกโรงพยาบาล		21. Behaviour	
..... /		หมายเลขชั้นเนื้อ.....		① Benign	
13. เลขประจำตัวผู้ป่วย		วันที่ตัดชิ้นเนื้อ...../...../.....		② Uncertain , benign / malignant	
.....		วันที่อ่านชิ้นเนื้อ...../...../.....		③ In Situ	
14. วันที่วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง				④ Malignant	
..... / /				⑤ R/O CA	

15. อายุ ณ.(วันที่วินิจฉัย)		19. ตำแหน่งอวัยวะที่เป็น		22. Grade	
.....ปี		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		① Well differentiated	
16. วิธีวินิจฉัยในโรงพยาบาล			② Moderately differ'd	
① มรณะบัตร ② ชักประวัติและตรวจร่างกาย ③ รังสีวินิจฉัย ส่งกล้อง Ultrasound ④ ผ่าตัดหรือผ่าศพ โดยไม่มีผลชิ้นเนื้อ ⑤ Specific Biochem/ Immuno.test ⑥ ตรวจทางเซลล์หรือการตรวจเลือด ⑦ ตรวจชิ้นเนื้อออกที่แพร่กระจาย ⑧ ตรวจเนื้ออกปฐมภูมิ ⑨ ผ่าศพและมีผลชิ้นเนื้อ		ครั้งที่ เป็น <input type="checkbox"/> 0 Primary <input type="checkbox"/> 1 Recurrent Laterality ① Right ② Left ③ Bilateral ④ Unilateral ⑤ Unknown		③ Poorly differ'd ④ Undifferentiated ⑤ Positive T - Cell ⑥ Positive B - Cell ⑦ Null cell (Non T - Non B) ⑧ NK cell (natural killer) ⑨ Not stated or not applicable	

17. ชิ้นเนื้อในโรงพยาบาล		20. ผลทางพยาธิวิทยา	
หมายเลขชิ้นเนื้อ.....		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
วันที่ตัดชิ้นเนื้อ...../...../.....		
วันที่อ่านชิ้นเนื้อ...../...../.....		

<p>23. T N M</p> <p>.....</p> <p>วันที่ Stage</p> <p>...../...../.....</p>	<p>24. Stage</p> <p>① Stage 0</p> <p>① Stage 1</p> <p>② Stage 2</p> <p>③ Stage 3</p> <p>④ Stage 4</p> <p>⑨ Unknow</p>	<p>25. Extend</p> <p>① In situ</p> <p>② Localized</p> <p>③ Direct extension</p> <p>④ Regional lymph nodes</p> <p>⑤ Distant metastasis</p> <p>⑧ Not applicable</p> <p>⑨ Not known</p>	<p>26. Metastasis</p> <p><input type="radio"/> Bone</p> <p><input type="radio"/> Brain</p> <p><input type="radio"/> Liver</p> <p><input type="radio"/> Lung</p> <p><input type="radio"/> Lymph Node</p> <p><input type="radio"/> Peritoneum</p> <p><input type="radio"/> Other</p> <p><input type="radio"/> Not known</p>
---	--	---	--

<p>27. สภาพที่เป็นอยู่ล่าสุด</p> <p>① ยังมีชีวิต</p> <p>② เสียชีวิต</p> <p>⑨ ไม่ระบุ</p>	<p>28. วันที่ติดต่อล่าสุด</p> <p>...../...../.....</p>	<p>29. วันที่เสียชีวิต</p> <p>...../...../.....</p>	<p>30. สาเหตุการเสียชีวิต</p> <p>① โรคมะเร็ง</p> <p>② โรคอื่นๆ</p> <p>⑨ ไม่ระบุ</p>
---	---	--	--

<p>31. Refer in.....</p> <p>วัน เดือน ปี/...../.....HN.....</p> <p>สาเหตุ <input type="checkbox"/> วินิจฉัยเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> รักษาต่อ <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุรายละเอียด)</p> <p>รายละเอียด.....</p>	<p>32. Refer out.....</p> <p>วัน เดือน ปี/...../.....HN.....</p> <p>สาเหตุ <input type="checkbox"/> วินิจฉัยเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> รักษาต่อ <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ</p> <p><input type="checkbox"/> ความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ <input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุรายละเอียด)</p> <p>รายละเอียด.....</p>
--	---

33. วิธีการรักษา

รหัสโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....ว.ค.ป.(เริ่มการรักษาประเภทนี้)/...../.....ว.ค.ป.(สิ้นสุดการรักษาประเภทนี้)/...../.....

Protocol.....ยาที่นอกเหนือจาก Protocol.....

รายละเอียด.....ICD9cm Admit No.....Dr.Id.....Dr.Name.....

Treatment ① Surgery ② Radiation ③ Chemotherapy ④ Hormone ⑤ Immo. ⑥ supportive ⑦ Interventional

⑧ Other ⑨ Targeted therapy ①A Concurrent RT ①B Palliative care ①C Intraoperative Radiation

สิทธิการรักษา ① เงินสด ② ต้นสังกัด ③ ประกันสังคม ④ U/C

รหัสโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....ว.ค.ป.(เริ่มการรักษาประเภทนี้)/...../.....ว.ค.ป.(สิ้นสุดการรักษาประเภทนี้)/...../.....

Protocol.....ยาที่นอกเหนือจาก Protocol.....

รายละเอียด.....ICD9cm Admit No.....Dr.Id.....Dr.Name.....

Treatment ① Surgery ② Radiation ③ Chemotherapy ④ Hormone ⑤ Immo. ⑥ supportive ⑦ Interventional

⑧ Other ⑨ Targeted therapy ①A Concurrent RT ①B Palliative care ①C Intraoperative Radiation

สิทธิการรักษา ① เงินสด ② ต้นสังกัด ③ ประกันสังคม ④ U/C

รหัสโรงพยาบาล..... ชื่อโรงพยาบาล.....ว.ค.ป.(เริ่มการรักษาประเภทนี้)/...../.....ว.ค.ป.(สิ้นสุดการรักษาประเภทนี้)/...../.....

Protocol.....ยาที่นอกเหนือจาก Protocol.....

รายละเอียด.....ICD9cm Admit No.....Dr.Id.....Dr.Name.....

Treatment ① Surgery ② Radiation ③ Chemotherapy ④ Hormone ⑤ Immo. ⑥ supportive ⑦ Interventional

⑧ Other ⑨ Targeted therapy ①A Concurrent RT ①B Palliative care ①C Intraoperative Radiation

สิทธิการรักษา ① เงินสด ② ต้นสังกัด ③ ประกันสังคม ④ U/C