

# แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพ

เลขที่ .....

ผู้ดำเนินงานที่ให้บริการคัดกรอง.....

วันที่ตรวจ.....เดือน..... พ.ศ.....

## ข้อมูลทั่วไป

เลขที่บัตรประชาชน ( 13 หลัก )   

อาชีพ.....นามสกุล .....

วันเดือนปี(เกิด)วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

### 1. ประวัติส่วนบุคคล

เพศ

ชาย                      หญิง

การศึกษา

ประถมศึกษา              มัธยมศึกษา  
อนุปริญญา              ปริญญาตรี/สูงกว่า  
ไม่ได้เรียน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน..... บาท/เดือน

ค่าใช้จ่ายต่อเดือน

พอเพียง                      ไม่พอเพียง  
เป็นหนี้                      เหลือเก็บ

ลักษณะงาน

ทำงานกลางแจ้ง  
นั่งกับโต๊ะ  
เคลื่อนไหว เดินไปมาบ้างเล็กน้อย  
เคลื่อนไหว เดินไปมาส่วนใหญ่  
อื่นๆ ระบุ.....

### 2. ครอบครัว/ประวัติ

บิดา

- โรคเบาหวาน                      มี              ไม่มี              ไม่ทราบ  
- ความดันโลหิตสูง              มี              ไม่มี              ไม่ทราบ  
- โรคหัวใจหลอดเลือด              มี              ไม่มี              ไม่ทราบ

มารดา

- โรคเบาหวาน                      มี              ไม่มี              ไม่ทราบ  
- ความดันโลหิตสูง              มี              ไม่มี              ไม่ทราบ  
- โรคหัวใจหลอดเลือด              มี              ไม่มี              ไม่ทราบ

พี่น้อง(ร่วมบิดามารดาหรือร่วมบิดาหรือมารดา)

- โรคเบาหวาน                      มี              ไม่มี              ไม่ทราบ  
- ความดันโลหิตสูง              มี              ไม่มี              ไม่ทราบ  
- โรคหัวใจหลอดเลือด              มี              ไม่มี              ไม่ทราบ