



[ ] นาย ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี  
[ ] นางสาว ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

กรณีทำการเปลี่ยนชื่อในที่ผ่านมา (ชื่อเดิม)..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสถานะสุขภาพของสิทธิการบริการสุขภาพยาบาลของท่านให้ถูกต้อง

- ข้าราชการ  ข้าราชการบำนาญ  พนักงานมหาวิทยาลัย  พนักงานมหาวิทยาลัย (ชื่อส่วนงาน)  
 ลูกจ้างประจำเงินงบประมาณ  ลูกจ้างประจำเงินนอกงบประมาณ(เงินรายได้)  
 ลูกจ้างชั่วคราวเงินงบประมาณ  ลูกจ้างชั่วคราวเงินนอกงบประมาณ(เงินรายได้)  ลูกจ้างชั่วคราวชาวต่างชาติ  
 อื่นๆ.....

รายการ M&E 2 สำหรับอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ เบิกได้ 850 บาท  
 Glucose ระดับน้ำตาลในเลือด 40 บาท  
 BUN, Creatinine ตูสมรรถภาพไต 100 บาท  
 Cholesterol, Triglyceride ตูไขมันในเลือด 120 บาท  
 Uric acid ระดับกรดยูริก/ภาวะเสี่ยงโรคเก๊าท์ 60 บาท  
 AST, ALT, ALP ตูสมรรถภาพตับ 150 บาท  
 รายการ 2 สำหรับอายุน้อยกว่า 35 ปีบริบูรณ์ เบิกได้ 380 บาท  
 CBC ตูจำนวนเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดงและภาวะซีด 90 บาท  
 ไข้สภาวะ (ดูเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ) -50 บาท  
 ตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงโรคไตเริ่มต้นปัสสาวะโดย Strip  
 อุจจาระดูไข่พยาธิ โปรโตซัว และ Occult Blood (FOBT) 70 บาท  
 Chest X-ray (ระบบทรวงอก) 170 บาท  
 วัดความดันโลหิต ซ้ำน้ำหนัก วัดส่วนสูง และรายงานค่า BMI  
 HDL-C ตัวควบคุมไขมันโคเลสเตอรอล  
 LDL-C ตัวไขมันบ่งชี้ภาวะเสี่ยงเส้นเลือดอุดตัน

รายการเก็บเงิน  
 Lab ..... บาท  
 เบิกได้ ..... บาท  
 เบิกไม่ได้อื่นๆ ..... บาท  
 รับเงิน:..... บาท

ใบเสร็จรับเงิน  
 เลขที่ / เลขที่ / จำนวนเงิน  
 ..... / ..... / ..... บาท  
 ..... / ..... / ..... บาท

ตำแหน่ง: วิชาสุขภาพอนามัยการตรวจสุขภาพ  
 ผู้อำนวยการหลักสูตร (กรุงเทพมหานคร) โทร. 0-2411-2347  
 โทรสาร 0-2411-2347, 0-2419-7167 Fax 0-2412-4110

การทดสอบเพื่อสุขภาพระยะล้วย

- [ ] Cortisol ตูภาวะเครียด/ขาดสมดุลของการทำงานของร่างกาย 350 บาท  
 [ ] Insulin เป็นอินซูลินจากตับอ่อนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 700 บาท  
 [ ] DHEAS เป็นฮอร์โมนเพศที่ใช้สุขภาพต่อหน่วยและระดับ 800 บาท

การทดสอบเพื่อติดตามโรคเบาหวาน

- [ ] HbA<sub>1c</sub> ติดตามการควบคุมน้ำตาลและความรุนแรงของโรคเบาหวาน 200 บาท  
 [ ] FT3, FT4, TSH ตรวจหาหน้าที่ต่อมไทรอยด์ 700 บาท  
 [ ] Microalbumin ในปัสสาวะดูภาวะไตเสื่อมเริ่มต้น 350 บาท  
 [ ] Chromium ผลิตโคเลสเตอรอลและช่วยการควบคุมน้ำตาลในเลือด 350 บาท

การทดสอบเกี่ยวกับติดตามภาวะซีด

- [ ] Hb typing กิจการของชนิดของฮีโมโกลบินในเลือด 500 บาท  
 [ ] Ferritin ตั้ชี้บ่งชี้ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก 400 บาท

การทดสอบการเสริมภูมิคุ้มกันในร่างกาย

- [ ] Manganese ช่วยส่งเสริมความจำและสร้างกรดอะมิโน(Glutathione) 350 บาท  
 [ ] Selenium สารต้านอนุมูลอิสระและป้องกันมะเร็ง 350 บาท  
 [ ] Zinc กระตุ้นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในร่างกาย 300 บาท  
 [ ] Copper ช่วยเสริมสร้างคอลลาเจนและฮีโมโกลบิน 300 บาท  
 [ ] ตรวจภูมิคุ้มกันต่อสโบนของเชื้อ SARS-CoV-2(Covid-19) 1000 บาท  
 ประวัติการได้รับวัคซีน..... ชนิด.....

การตรวจภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ

- [ ] LDL ไขมันบ่งชี้ภาวะเสี่ยงเส้นเลือดอุดตัน 150 บาท  
 [ ] HDL-C ตัวควบคุมไขมันโคเลสเตอรอล 100 บาท  
 [ ] EKG ตรวจการทำงานของหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้า 200 บาท

การตรวจเกี่ยวกับภาวะตับอ่อนอักเสบจากสาเหตุต่างๆ

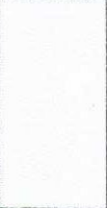
- [ ] Y-GT ความผิดปกติของตับ(เพนันตี ยา และพิษสุรา) 150 บาท  
 [ ] HBSAg ตรวจดูเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 150 บาท  
 [ ] HBSAb ตรวจภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 200 บาท  
 [ ] HBcAb ตรวจดูภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 220 บาท  
 [ ] Anti HCV ตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี 300 บาท

การตรวจภาวะเสี่ยง/ติดตามโรคมะเร็งโดยเฉพะ

- [ ] CEA ตรวจภาวะเสี่ยงเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 300 บาท  
 [ ] AFP ภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งตับ 300 บาท  
 [ ] PSA ภาวะเสี่ยงโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก 500 บาท  
 [ ] CA 15-3 ภาวะเสี่ยงมะเร็งเต้านม 600 บาท  
 [ ] CA 125 ภาวะเสี่ยงมะเร็งรังไข่ 600 บาท  
 [ ] CA 19-9 ภาวะเสี่ยงมะเร็งกระเพาะอาหารและตับอ่อน 600 บาท  
 [ ] H<sub>2</sub>pyct ภูมิต้านมะเร็ง/ความเสียหายในอุจจาระ 350 บาท

พิษวิทยา คัดกรองภาวะเสี่ยงจากโลหะหนักในเลือด

- [ ] Lead สารตะกั่วมีผลต่อการทำงานของสมองและไต 250 บาท  
 [ ] Mercury สารปรอทมีผลต่ออวัยวะของสมองและไต 350 บาท  
 [ ] Cadmium สารแคดเมียม มีผลต่อการดูดก และไตเสื่อม 350 บาท





## มหาวิทยาลัยมหิดล คณะเทคนิคการแพทย์

## ข้อแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อตรวจสอบสุขภาพประจำปี

## 1. การให้ประวัติ

1.1 โปรดให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ หรือประวัติโรคประจำตัว ในแผ่นที่ 2 เพื่อความรวดเร็วในการที่แพทย์จะตรวจ,ซักถามเพิ่มเติม และสรุปพร้อมให้คำแนะนำสำหรับท่านต่อไป

1.2 ใส่อายุของท่านให้ชัดเจนในใบลงทะเบียน เพื่อทางหน่วยจ่ายยาจะจัดหลอดใส่เลือดให้ท่านได้ถูกต้องตามสิทธิ

## 2. การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด

ควรงดอาหารและเครื่องดื่ม อย่างน้อย 12 ชั่วโมงขึ้นไป หรือ หลัง 2 ทุ่ม จนกว่าจะได้รับการตรวจจนถึงเช้าวันที่ตรวจสุขภาพ ระหว่างระยะเวลาที่งดอาหารให้ดื่มได้เฉพาะน้ำเปล่า ถ้าท่านลืม ! งดอาหาร หรือดื่มเครื่องดื่ม ควรแจ้งโต๊ะลงทะเบียนก่อนเจาะเลือด

## 3. การตรวจปัสสาวะ (กรณีผู้หญิงที่มีรอบเดือนกรุณาแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบด้วย)

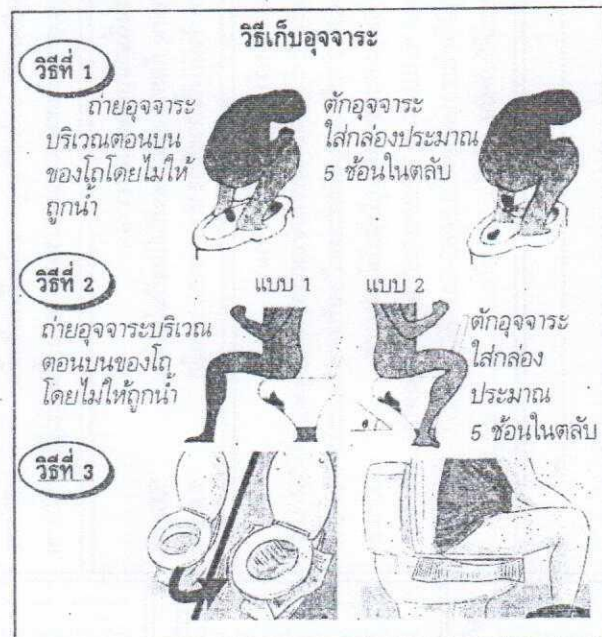
ท่านจะได้รับการแนะนำเพื่อใส่ปัสสาวะพร้อมเลข Code ของท่านในตอนเช้าของวันที่ตรวจสุขภาพที่จุดรับภาชนะเคล็ดไม่ลับสำหรับเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจโรค

- เก็บปัสสาวะช่วงกลาง คือ ปัสสาวะทิ้งปัสสาวะช่วงต้นไปเล็กน้อย และทิ้งปัสสาวะช่วงสุดท้ายไป
- เก็บปัสสาวะลงในภาชนะให้ได้ประมาณครึ่งกระป๋อง
- ระวังไม่ให้ปนเปื้อนอุจจาระ
- ผู้หญิงถ้ามีรอบเดือนไม่ควรเก็บปัสสาวะส่งตรวจ

## 4. การตรวจและเก็บอุจจาระ

ทางคณะฯ จัดส่งภาชนะเพื่อเก็บอุจจาระให้ท่านล่วงหน้าพร้อมใบขอรับบริการกับผู้ประสานงานของหน่วยงานท่าน วันตรวจสุขภาพโปรดนำใบขอรับบริการ และภาชนะที่มีอุจจาระมาลงทะเบียนเพื่อติดเลข Code ของท่าน (โปรดเก็บอุจจาระตอนเช้าในวันตรวจสุขภาพ)

หมายเหตุ ถ้าท่านไม่ส่งตรวจอุจจาระ  
กรุณาส่งคืนภาชนะที่จุดลงทะเบียน



## การเตรียมตัวถ่ายภาพรังสีทรวงอก

เพื่อให้การบริการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีคุณภาพ ผู้ที่จะมารับบริการตรวจ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ควรเตรียมตัวดังนี้

1. ท่านที่เป็นสุภาพสตรี ควรสวมชุดที่เป็นคนละท่อน เลือกรวมเป็นชนิดผ่าหน้า เพราะจะต้องถอดเสื้อ ชั้นใน และชั้นนอกออก แล้วเปลี่ยนเป็นชุดที่จัดเตรียมไว้ให้เปลี่ยน ก่อนถ่ายภาพรังสี (ท่านสุภาพสตรีมีครรภ์แจ้งที่โต๊ะลงทะเบียนด้วยค่ะ)
2. เครื่องประดับทุกชนิดที่อยู่บริเวณลำคอถึงเอว เช่น สร้อยคอ ควรถอดเก็บไว้กับตัวท่านเองก่อนถ่ายภาพรังสี เพื่อป้องกันการสูญหาย เจ้าหน้าที่จะไม่รับผิดชอบในกรณีที่ทรัพย์สินของท่านเกิดสูญหาย
3. ท่านสุภาพสตรีที่มีผมยาวเลยระดับไหล่ ให้มัดผมเป็นมวยอยู่บนศีรษะ อย่าปล่อยเส้นผมสยาย เพราะอาจปรากฏเป็นภาพบนฟิล์ม และทำให้รังสีแพทย์วินิจฉัยผิดพลาดได้


กรุณากรอกประวัติด้านหลัง และแบบชุดที่ 2 ให้สมบูรณ์



งานบริการสุขภาพชุมชน คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
(กรุณาเขียนชื่อตัวบรรจงเพื่อความถูกต้องและเบิกตามสิทธิ์)

AC-WI-CL-O-001-01  
หน้า 3 จาก 3 หน้า

[ ] นาย  
[ ] นาง .....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
[ ] นางสาว  
เปลี่ยนชื่อในปีที่ผ่านมา(ชื่อเดิม).....นามสกุล.....  
สังกัดหน่วยงาน (กอง/ศูนย์/โครงการ).....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อท่านได้โดยตรง  


ข้อมูลทั่วไปของท่าน

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.  
ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....mmHg  
ประวัติครอบครัว  เบาหวาน บิดา มารดา  
 ไขมันสูง บิดา มารดา  
 ความดันโลหิตสูง บิดา มารดา  
 ประวัติเป็นมะเร็ง.....บิดา มารดา

ประวัติสุขภาพอื่นๆ

.....  
.....  
.....  
.....

ขั้นตอนการรับบริการตรวจสุขภาพ



สรุปความเห็นของแพทย์	ปกติ	ผิดปกติ
.....ตา หู คอ จมูก [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....ต่อมน้ำเหลือง [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....ธัยรอยด์ [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....ปอด [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....หัวใจ [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....ท้อง [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....แขน ขา [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....ผิวหนัง [ ] [ ]	[ ]	[ ]
.....ช่องปาก [ ] [ ]	[ ]	[ ]

ลงชื่อแพทย์.....

ผลการตรวจสุขภาพจะใส่ซองปิดผนึกแยกแต่ละบุคคล

เอกสารแสดงความยินยอมการตรวจสุขภาพกับงานบริการทางการแพทย์

ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจสุขภาพประจำปีกับคณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล  
ยินยอมให้ทางคณะ รวบรวม จัดเก็บ ใช้ ประมวลผล หรือเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า  
ให้กับหน่วยงานที่เป็นคู่สัญญาหรือมีข้อตกลงในการร่วมให้บริการตรวจสุขภาพ  
เพื่อประโยชน์ในการให้บริการและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และภายหลังจาก  
ได้รับข้อมูลการตรวจสุขภาพแล้วข้าพเจ้า [ ] ยินยอม  
[ ] ไม่ยินยอม  
ให้คณะฯ ส่งรายละเอียดข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจัดทำเป็นรายงานผลการ  
ตรวจแยกต่างหากจากผลการตรวจรายบุคคล เก็บไว้ที่งานบริการทางการแพทย์ ณ  
หน่วยทรัพยากรบุคคลขององค์กร (HR) เพื่อจุดประสงค์ที่หน่วยงานจะนำข้อมูลไปใช้  
ในส่วนของการติดตาม ดูแลด้านสวัสดิการ การเฝ้าระวัง เพื่อนำไปสู่การป้องกันและ  
ติดตามดูแลให้มีสุขภาพที่ดี  
ทั้งนี้การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เกี่ยวข้องกับ  
บริการสุขภาพ ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมาย  
บัญญัติหรือมีคำสั่งศาลเปิดเผย

ลงชื่อ X.....ผู้รับบริการตรวจ

(.....)

# ขั้นตอนการ

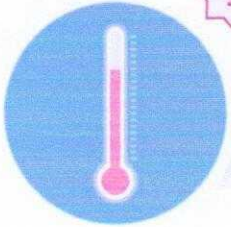
# รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

งานบริการสุขภาพชุมชน  
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ให้บริการเวลา 7.00น. – 11.00น.

ขอความร่วมมือเข้ารับบริการเป็นกลุ่ม กลุ่มละ ~~30-50~~<sup>25</sup> ท่าน



1

## คัดกรอง

ผู้รับบริการต้องผ่านการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้ารับบริการ

2

## ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

รับเอกสารลงทะเบียน และกรอกข้อมูลให้เรียบร้อย

\*\*มีการทำความสะอาดเครื่องชั่งทุก 30 นาที



4

## ชำระค่าบริการ

(กรณีที่มีรายการตรวจพิเศษเพิ่มเติม)

\*\* เพื่อลดการสัมผัส ทางหน่วยงานสามารถแจ้งความประสงค์ เพื่อเรียกเก็บค่าบริการภายหลังวันเข้ารับบริการ ในช่วงมาตรการป้องกันการระบาดของไวรัส COVID-19

3

## ลงทะเบียน

ยื่นเอกสารลงทะเบียนเพื่อตรวจสอบสิทธิ และรายการตรวจ

\*\*มีฉากกั้นระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้เข้ารับบริการ

## รับกาชนะและอุปกรณ์

สำหรับการตรวจสุขภาพ

5

8

## ส่งปัสสาวะและอุจจาระ

กรุณานำส่งในบริเวณพื้นที่ๆ จัดเตรียมไว้ให้



7

## วัดความดันโลหิต

ขอความกรุณางดการสนทนาระหว่างเข้ารับบริการ  
\*\*มีการทำความสะอาดตัวเครื่องและบริเวณที่สอดแขนทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนผู้เข้ารับบริการ

6

## เจาะเลือด

เข้ารับบริการตามลำดับ โดยส่งชุดตรวจสุขภาพเพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่อ

9

## เอกซเรย์ปอด

ลงทะเบียนกับเจ้าหน้าที่เอกซเรย์สำหรับสุขภาพสตรี กรุณาเปลี่ยนเสื้อก่อนเข้ารับบริการ  
\*\*ผู้เข้ารับบริการจะต้องผ่านจุดฆ่าเชื้อด้วยรังสีUV ตามมาตรฐานของการให้บริการ

10

## ส่งแบบประเมินความพึงพอใจ



ขอให้ผู้เข้ารับบริการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่เข้ารับบริการ และกรุณาเว้นระยะห่างตามมาตรการ SOCIAL DISTANCEING



02-419-7167



mtmuhealthcare@gmail.com

บริการเจลแอลกอฮอล์ทุกจุดที่ให้บริการ