

ที่ สธ ๐๙๑๓.๐๓/ ๐.๒๐๕๒



ศูนย์อนามัยที่ ๓

๑๕๗ ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ออก

อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
เลขรับ ๐๐๑๒
วันที่ ๙ มี.ค. ๒๕๖๐
เวลา

๗๐ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งเต้านมโดยวิธีแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม)

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบคัดกรองภาวะเสี่ยงเพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดบริการคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม) ในวันที่ ๒๗-๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ โดยค่าตรวจสามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ กรณีที่คัดกรองตามสิ่งที่ส่งมาด้วยแล้วมีความเสี่ยง อัตราค่าบริการ ราคา ๑,๗๐๐ บาท/คน ในรายที่เบิกไม่ได้ ๑,๕๐๐ บาท/คน ส่วนท่านใดต้องการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง อัตราค่าบริการ ๑,๒๐๐ บาท/คน (ไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้)

ในการนี้ ศูนย์ฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบ และรวบรวมใบคัดกรองคืนให้ศูนย์ฯ (เฉพาะกรณีรายใหม่และแพทย์ไม่ได้นัดตรวจซ้ำ) ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ส่วนกรณีที่แพทย์นัดตรวจไว้แล้วขอให้รอรับการติดต่อกลับจากศูนย์ฯ โดย วัน, เวลาการตรวจที่แน่นอนจะแจ้งกลับเป็นรายบุคคลอีกครั้งภายในเดือน มีนาคม ๒๕๖๐ และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โทร.๐-๕๖๒๕-๕๔๕๑ ต่อ ๑๘๒,๑๒๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานทราบด้วยจะเป็นพระคุณ

เรียน อธิการบดี  
เพื่อโปรดทราบเพื่อทราบ  
ขอแสดงความนับถือ  
นางนงนุช ภัทรอนันตนพ  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์

ขอแสดงความนับถือ

นางนงนุช ภัทรอนันตนพ

(นางนงนุช ภัทรอนันตนพ)  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์

๐๙  
- ๙ มี.ค. ๒๕๖๐

- ๙ มี.ค.  
- อภี ๙ มี.ค. ๒๕๖๐

นางนงนุช ภัทรอนันตนพ  
๒ มี.ค. ๒๐

๐๙ มี.ค.  
๒ มี.ค. ๒๐

เรียน คณบดี  
เพื่อโปรดทราบ / เห็นความชอบให้  
ส่งเอกสารให้ผู้อำนวยการทราบ

รียทำงาน  
กลุ่มการพยาบาล  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
โทร. ๐-๕๖๒๕-๕๔๕๑, ๐-๕๖๓๒-๕๐๙๓ ต่อ ๑๘๒  
โทรสาร ๐-๕๖๒๕-๕๔๐๓

- ทน + อังคณาภรณ์  
๐๙ มี.ค. ๒๐

๙ มี.ค. ๒๕๖๐

ใบคัดกรองข้อบ่งชี้ (ภาวะเสี่ยง) เพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม)  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

1. ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ชื่อหน่วยงานของท่าน.....

เบอร์โทร.ที่ติดต่อได้..... เลขที่รพ.....

2. ท่านเคยมีประวัติต่อไปนี้ในข้อใดบ้างกรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

มีความผิดปกติของเต้านม หรือคลำพบก้อน      ระบุต่อ  ข้างซ้าย  ข้างขวา

มีญาติสายตรง ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่      ระบุต่อ  แม่  พี่สาว  น้องสาว

กินยาฮอร์โมนเพื่อการรักษาต่อเนื่องนานมากกว่า 5 ปี และปัจจุบันยังกินอยู่

เคยมีประวัติผ่าตัดก้อน/ถุงน้ำบริเวณเต้านม  ข้างซ้าย  ข้างขวา เมื่อปี พ.ศ.....

แพทย์นัดตรวจติดตาม ผลตรวจครั้งสุดท้าย ระบุ BIRADS.....

กรณีที่ท่านมีประวัติข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 2 . แสดงว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

ลงชื่อผู้รับบริการ (ตัวบรรจง).....วันที่กรอกข้อมูล.....

หมายเหตุ กรณีไม่มีความเสี่ยงแต่ต้องการตรวจจะไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้

วัยทำงาน : มีนาคม 2559

ใบคัดกรองข้อบ่งชี้ (ภาวะเสี่ยง)เพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม(เอ็กซเรย์เต้านม)  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

1. ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี ชื่อหน่วยงานของท่าน.....

เบอร์โทร.ที่ติดต่อได้..... เลขที่รพ.....

2. ท่านเคยมีประวัติต่อไปนี้ในข้อใดบ้างกรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง

มีความผิดปกติของเต้านม หรือคลำพบก้อน      ระบุต่อ  ข้างซ้าย  ข้างขวา

มีญาติสายตรง ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม/มะเร็งรังไข่      ระบุต่อ  แม่  พี่สาว  น้องสาว

กินยาฮอร์โมนเพื่อการรักษาต่อเนื่องนานมากกว่า 5 ปี และปัจจุบันยังกินอยู่

เคยมีประวัติผ่าตัดก้อน/ถุงน้ำบริเวณเต้านม  ข้างซ้าย  ข้างขวา เมื่อปี พ.ศ.....

แพทย์นัดตรวจติดตาม ผลตรวจครั้งสุดท้าย ระบุ BIRADS.....

กรณีที่ท่านมีประวัติข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 2 . แสดงว่าท่านมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

ลงชื่อผู้รับบริการ (ตัวบรรจง).....วันที่กรอกข้อมูล.....

หมายเหตุ กรณีไม่มีความเสี่ยงแต่ต้องการตรวจจะไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้

วัยทำงาน : มีนาคม 2559