

คณะเทคโนโลยีการเกษตรและเทคโนโลยีอุตสาหกรรม  
เลขที่รับ 1631/60 วันที่ 22 ธ.ค. 2560  
เลขที่ส่ง.....วันที่.....

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์  
เลขที่รับ 5655  
วันที่ 20 ธ.ค. 2560



ที่ สธ ๐๔๑๓.๐๗/ก ๓๖๓๖

ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์  
๑๕๗ ถนนพหลโยธิน ตำบลนครสวรรค์ออก  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๙๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งเต้านมโดยวิธีแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม)

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบคัดกรองภาวะเสี่ยงเพื่อรับการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม) จำนวน ๑ ชุด  
ด้วยศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดบริการคัดกรองภาวะเสี่ยงของมะเร็งเต้านมด้วยการตรวจแมมโมแกรม (เอ็กซเรย์เต้านม) ในวันที่ ๒๖-๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ 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 ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ส่วนกรณีที่แพทย์นัดตรวจไว้แล้วขอให้รอรับการติดต่อกลับจากศูนย์ฯ โดย วัน,เวลาการตรวจที่แน่นอนจะแจ้งกลับเป็นรายบุคคลอีกครั้งภายในเดือน มีนาคม ๒๕๖๑ และสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่หน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โทร.๐-๕๖๒๕-๕๔๕๒-๕ ต่อ ๑๘๒,๑๒๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานทราบด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอโปรดทราบ/เห็นพ้องหมายไว้  
- แฉกข้อมูลทางวิชาการ  
- ออ.ส.นอ. (รวม) อนุมัติ  
ส่งสารถึง กษ.ใน ๑๖ ก.พ. ๖๑

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวไสวรรณ ไร่ประเสริฐ)

กัญญาตรี 20 ธ.ค. 2560 นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม

จันทนา (5) วัชรการการแทน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓

วิทยาการงาน  
กลุ่มการพยาบาล  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
โทร. ๐-๕๖๒๕-๕๔๕๒-๕, ๐-๕๖๓๒-๕๐๙๓ ต่อ ๑๘๒  
โทรสาร ๐ - ๕๖๒๕ - ๕๔๐๓  
E-Mail: Mobilecheckup.08@gmail.com

เรียน คณบดี  
เพื่อโปรดทราบ/เห็นพ้องหมายไว้  
อร.ชาตสินธุ์

จันทนา เลข ๐  
จพ.อร.สิน  
๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๐

22 ธ.ค. 2560

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