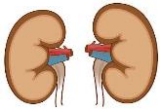




HLA Laboratory, Blood Bank Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital,
Faculty of Medicine, Chiang Mai University Tel. 0-5394-5628 Ext.17 ; Fax 0-5394-6568

Code _____	 KIDNEY INFORMATION FORM	(ติดสติ๊กเกอร์) ชื่อ-สกุล _____ H.N. _____
-------------------	---	--

1. วัน เดือน ปี.....HN.....WARD.....แพทย์.....
2. ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
3. เลขที่บัตรประชาชน..... วัน เดือน ปีเกิด.....
4. เพศ..... 5. เชื้อชาติ.....ภูมิลำเนา.....
6. เชื้อชาติ ปู่.....ย่า.....ตา.....ยาย.....
7. ภูมิลำเนา ปู่.....ย่า.....ตา.....ยาย.....
8. หมู่เลือด..... ☐ Patient ☐ Donor ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
9. ที่อยู่.....
10. โทรศัพท์ (บ้าน, มือถือ).....(ที่ทำงาน).....
11. อาชีพ..... 12. เป็นโรคไตมานาน.....ปี
13. ประวัติการเป็นโรคไตภายในครอบครัว ☐ มี ☐ ไม่มี
14. ประวัติการรับเลือด ☐ เคย จำนวน.....ครั้ง
 ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
 ปฏิกริยาหลังรับเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ไม่เคย
15. ประวัติการตั้งครรภ์.....ครั้ง จำนวนบุตร.....คน
16. ประวัติการเปลี่ยนไต ☐ เคย ครั้งที่..... ☐ ไม่เคย
17. วันที่ทำการเปลี่ยนไต..... ☐ จากญาติ ☐ จากผู้บริจาคทั่วไป
18. Diagnosis ☐ Glomerulonephritis ☐ Medullary cystic disease
☐ Pyelonephritis ☐ Lupus nephritis
☐ Obstructive uropathy ☐ Diabetic glomerulopathy
☐ Nephrosclerosis ☐ Nephritis secondary to drug
☐ Adult polycystic kidneys ☐ Others.....

* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อใช้ในการแปลผลการตรวจ

จนท.ทะเบียนฯ.....จนท.ผู้เจาะเลือด.....
 จนท.ผู้ตรวจทาน.....วันที่.....เวลา.....น.
 หมายเหตุ.....