



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 _____	HLA-B27 INFORMATION FORM	(ติดสติ๊กเกอร์) ชื่อ-สกุล _____ H.N. _____
------------	---	--

1. วัน เดือน ปี..... WARD..... แพทย์.....
2. วัน เดือน ปีเกิด..... 3. เพศ..... 4. เลขที่บัตรประชาชน.....
5. เชื้อชาติ(ผู้ป่วย)..... (ปู่)..... (ย่า)..... (ตา)..... (ยาย).....
6. ภูมิลำเนา(ผู้ป่วย)..... (ปู่)..... (ย่า)..... (ตา)..... (ยาย).....
7. ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
8. โทรศัพท์ (บ้าน, มือถือ)..... (ที่ทำงาน).....
9. อาชีพ..... 10. เป็นโรคนาน..... ปี
11. ประวัติการเป็นโรคภายในครอบครัว ☐ มี ☐ ไม่มี
12. ประวัติการรับเลือด ☐ เคย จำนวน..... ครั้ง
ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....
ปฏิกิริยาหลังรับเลือด ☐ มี ☐ ไม่มี
☐ ไม่เคย
13. ประวัติการตั้งครรภ์..... ครั้ง จำนวนบุตร..... คน
14. ประวัติการรับประทานยา.....
15. Diagnosis ☐ Ankylosing spondylitis ☐ Reactive arthritis
☐ Reiter syndrome ☐ Inflammatory bowel disease
☐ Psoriatic arthritis ☐ Acute anterior uveitis
☐ Others.....

* กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อใช้ในการแปลผลการตรวจ

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