

Site ID :   
(รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)PID:   
(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)

## Demographic Information Form: Enrollment

1. สถานที่ที่คุณอาศัยอยู่ยาวนานที่สุด ตำบล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....2. วัน/เดือน/ปี พ.ศ.ที่เกิด  /  /  (ตัวอย่าง 15/12/2513)3. เพศ  1. ชาย  2. หญิง

4. การศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา  2. ประถมศึกษา  3. มัธยมศึกษาตอนต้น  
 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย  5. ประกาศนียบัตร  6. ปริญญาตรี  7. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. ว่างาน  2. เกษตรกรรม  3. รับจ้าง  
 4. ธุรกิจส่วนตัว  5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ  6. อื่นๆ.....

6. คุณเคยได้รับการตรวจหาไขพยาธิใบไม้ตับหรือไม่

0. ไม่เคย  1. เคย 1 ครั้ง  2. เคย 2 ครั้ง  
 3. เคย 3 ครั้ง  4. เคยมากกว่า 3 ครั้ง  5. จำไม่ได้

7. คุณเคยตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่

0. ไม่เคยตรวจ  1. ตรวจแต่ไม่พบ  2. ตรวจแล้วพบไขพยาธิ  3. จำไม่ได้

8. คุณเคยได้รับการรักษาด้วย ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ หรือไม่

0. ไม่เคย  1. เคย 1 ครั้ง  2. เคย 2 ครั้ง  
 3. เคย 3 ครั้ง  4. เคยมากกว่า 3 ครั้ง  5. จำไม่ได้

9. มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่

0. ไม่มี  1. มี (ระบุความสัมพันธ์ของญาติที่ป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี)  
 1.1 ปู่ ย่า  1.2 ตา ยาย  1.3 ลุง ป้า  
 1.4 น้า อา  1.5 พ่อ แม่  1.6 ลูกชาย ลูกสาว  
 1.7 พี่ชายน้องชาย พี่สาวน้องสาว  1.8 หลานๆ  1.9 คู่สมรส

10. คุณสูบบุหรี่หรือไม่

0. ไม่สูบ  1. สูบ/เคยสูบ

11. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ กระแช่ หรือไม่

0. ไม่ดื่ม  1. ดื่ม/เคยดื่ม

12. คุณเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่

0. ไม่เป็น  1. เป็น/เคยเป็น

13. คุณเคยรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดดิบๆสุกๆ หรือปลาร้าไม่ต้มสุกหรือไม่

0. ไม่เคย  1. เคย

14. คุณได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดบ้างต่อไปนี้

0. ไม่เป็น  1. ตับอักเสบ บี  2. ตับอักเสบ ซี  3. เบาหวาน  4. อื่นๆ ระบุ .....

Form completed by.....  Date  /  / 2 5