**Form ID: CCA-01**

| **CASCAP: Cholangiocarcinoma Screening and Care Program** | **CCA-01** |
|---|---|

**HOSPCODE**: ☐☐☐☐☐ (รหัสหน่วยบริการตามกระทรวงสาธารณสุข)

**PID:** ☐☐☐☐☐ (รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)

# Demographic Information Form: Enrollment

1. สถานที่ที่คุณอาศัยอยู่นานที่สุด 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. ว่างงาน ☐ 2. เกษตรกรรม ☐ 3. รับจ้าง
☐ 4. ธุรกิจส่วนตัว ☐ 5. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ☐ 6. อื่นๆ.....

6. คุณเคยได้รับการ**ตรวจ**หาไข่พยาธิใบไม้ตับหรือไม่
☐ 0. ไม่เคย ☐ 1. เคย 1 ครั้ง ☐ 2. เคย 2 ครั้ง
☐ 3. เคย 3 ครั้ง ☐ 4. เคยมากกว่า 3 ครั้ง ☐ 5. จำไม่ได้

7. คุณเคยตรวจ**พบไข่พยาธิใบไม้ตับ** หรือไม่
☐ 0. ไม่เคยตรวจ ☐ 1. ตรวจแต่ไม่พบ ☐ 2. ตรวจแล้วพบไข่พยาธิ ☐ 3. จำไม่ได้

8. คุณเคยได้รับการ**รักษา**ด้วย **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**.....ชื่อ ☐☐☐☐☐ **Date** ☐☐/☐☐/25☐☐

(รหัสที่ได้จาก www.cascap.in.th)