

## โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
	<b>แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็ง</b>			
EMPNM	หมายเลขพนักงาน (Employee number)	C	7	
CARELA	1. มีญาติที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคมะเร็ง (ชนิดใดก็ได้) บ้างหรือไม่	C	1	1 = ไม่มี 2 = ไม่แน่ใจ 3 = มี
CAREL311	ลำดับญาติที่เป็น คนที่ 1 ระบุ.....	C	15	
CAREL312	ชนิดของมะเร็งที่เป็น ระบุ.....	C	30	
CAREL313	เป็นเมื่ออายุ (ปี)	C	2	
CAREL314	ปัจจุบันอายุ (ปี)	C	2	
CAREL315	มีชีวิตอยู่	C	1	1 = ตอบ
CAREL316	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
CAREL321	ลำดับญาติที่เป็น คนที่ 2 ระบุ.....	C	15	
CAREL322	ชนิดของมะเร็งที่เป็น ระบุ.....	C	30	
CAREL323	เป็นเมื่ออายุ	C	2	
CAREL324	ปัจจุบันอายุ	C	2	
CAREL325	มีชีวิตอยู่	C	1	1 = ตอบ
CAREL326	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
CAREL331	ลำดับญาติที่เป็น คนที่ 3 ระบุ.....	C	15	
CAREL332	ชนิดของมะเร็งที่เป็น ระบุ.....	C	30	
CAREL333	เป็นเมื่ออายุ	C	2	
CAREL334	ปัจจุบันอายุ	C	2	
CAREL335	มีชีวิตอยู่	C	1	1 = ตอบ
CAREL336	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
CAREL341	ลำดับญาติที่เป็น คนที่ 4 ระบุ.....	C	15	
CAREL342	ชนิดของมะเร็งที่เป็น ระบุ.....	C	30	
CAREL343	เป็นเมื่ออายุ	C	2	
CAREL344	ปัจจุบันอายุ	C	2	
CAREL345	มีชีวิตอยู่	C	1	1 = ตอบ
CAREL346	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
CAREL351	ลำดับญาติที่เป็น คนที่ 5 ระบุ.....	C	15	
CAREL352	ชนิดของมะเร็งที่เป็น ระบุ.....	C	30	
CAREL353	เป็นเมื่ออายุ	C	2	
CAREL354	ปัจจุบันอายุ	C	2	
CAREL355	มีชีวิตอยู่	C	1	1 = ตอบ
CAREL356	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
CA	2. ท่านเคยป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่	C	1	1 = ไม่เคย 2 = เคย 3 = ไม่แน่ใจ
CA21	ถ้าเคย เคยเป็นมะเร็งชนิดใด ระบุ.....	C	40	
CA22	ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเมื่อพ.ศ.	C	4	
CA23	ที่โรงพยาบาล	C	30	
CA24	จังหวัด	C	20	
CA251	การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง) 2.1 ผ่าตัด	C	1	1 = ตอบ
CA252	2.2 รังสีรักษา	C	1	1 = ตอบ
CA253	2.3 เคมีบำบัด	C	1	1 = ตอบ
CA31	3. หากไม่แน่ใจ ว่าท่านเป็นเนื้องอกหรือมะเร็ง โปรดระบุอวัยวะที่เป็น	C	40	
CA32	ปีพ.ศ.ที่ได้รับการวินิจฉัย	C	4	
CA33	ที่โรงพยาบาล	C	30	
CA34	จังหวัด	C	20	
CA351	การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง) 3.1 ผ่าตัด	C	1	1 = ตอบ
CA352	3.2 รังสีรักษา	C	1	1 = ตอบ
CA353	3.3 เคมีบำบัด	C	1	1 = ตอบ
BREAST1	3.1 ท่านมีอาการใด ๆ ที่เกี่ยวกับเต้านมหรือไม่ เช่น ปวด เจ็บ มี ก้อน	C	1	1 = ไม่เคยมีอาการ 2 = เคยมีอาการ
BREAST2	3.2 อธิบายอาการเกี่ยวข้องกับเต้านมเป็นอย่างไร เริ่มเป็นเมื่อไร นานแค่ไหน และขณะนี้ยังมีอาการอยู่หรือไม่	C	250	
BREAST3	3.3 เคยผ่าตัดก้อนที่เต้านมหรือไม่	C	1	1 = ไม่เคย 2 = เคยผ่าตัด
BREAST31	ถ้าเคย เคยผ่าตัดกี่ครั้ง ระบุ.....	C	3	
BREAST32	ทราบผลชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดหรือไม่	C	1	1 = ไม่ทราบผล 2 = ผลปกติ 3 = ผลผิดปกติ
BREAST33	ระบุรายละเอียด.....	C	100	
MENSTRU	3.4 การมีประจำเดือน : มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุกี่ปี	C	2	
MENS_11	กรณีหมดประจำเดือนแล้ว 1. หมดประจำเดือนแล้วตามธรรมชาติของวัย	C	1	1 = ตอบ
MENS_12	เมื่ออายุกี่ปี	C	2	
MENS_21	2. หมดประจำเดือนเพราะสาเหตุอื่น ๆ	C	1	1 = ตอบ
MENS_22	ระบุ.....	C	40	

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
CONTRAC	3.5 การใช้ยาคุมกำเนิด : เคยใช้ยาคุมกำเนิดหรือไม่	C	1	1 = ไม่เคยกินยาหรือฉีดยาคุมกำเนิดเลย 2 = ใช้ยาคุมกำเนิด
CONTRAC2	ถ้าเคย ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดไหน	C	1	1 = ยาฉีดคุมกำเนิด 2 = ยาเม็ดคุมกำเนิด
CONTRAC3	เริ่มใช้เมื่ออายุกี่ปี	C	2	
CONTRAC4	หยุดใช้เมื่ออายุกี่ปี	C	2	
CONTRAC5	ขณะนี้ยังใช้อยู่ เริ่มตั้งแต่อายุกี่ปี	C	2	
HORMONE	3.6 เคยใช้ฮอร์โมนเสริมหลังหมดประจำเดือน	C	1	1 = ไม่เคยใช้ฮอร์โมนเลย 2 = กินยาฮอร์โมนหลังหมดประจำเดือน
HORMON21	ถ้าเคย เริ่มกินยาเมื่ออายุ	C	2	
HORMON22	หยุดกินยาเมื่ออายุ	C	2	
HCHILD	3.7 ประวัติการมีบุตร : ท่านมีบุตรหรือไม่	C	1	1 = ไม่เคยมีบุตร 2 = มีบุตร
HCHILD21	ถ้ามีบุตร มีทั้งหมดกี่คน	C	2	
HCHILD22	มีบุตรคนแรกเมื่ออายุกี่ปี	C	2	
HCHILD23	มีบุตรคนสุดท้ายเมื่ออายุกี่ปี	C	2	
MILK	3.8 ท่านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่	C	1	1 = ไม่เคย 2 = เลี้ยงด้วยนมแม่
MILK21	ถ้าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เลี้ยงทุกคนหรือไม่	C	1	1 = บุตรทุกคน 2 = ไม่ทุกคน
MILK22	ถ้าไม่ทุกคน จำนวนกี่คนที่เลี้ยงด้วยนมแม่	C	3	
CA_B	3.9 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมหรือไม่	C	1	1 = ไม่มี 2 = มี
CA_B2	ถ้ามี ระบุจำนวนคน .....	C	3	
CA_B211	ญาติคนที่ 1 ระบุ.....	C	15	
CA_B212	เป็นเมื่ออายุ (ปี)	C	2	
CA_B213	ปัจจุบันอายุ (ปี)	C	2	
CA_B214	มีชีวิต	C	1	1 = ตอบ
CA_B215	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
CA_B221	ญาติคนที่ 2 ระบุ.....	C	15	
CA_B222	เป็นเมื่ออายุ (ปี)	C	2	
CA_B223	ปัจจุบันอายุ (ปี)	C	2	
CA_B224	มีชีวิต	C	1	1 = ตอบ
CA_B225	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
CA_B231	ญาติคนที่ 3 ระบุ.....	C	15	
CA_B232	เป็นเมื่ออายุ (ปี)	C	2	
CA_B233	ปัจจุบันอายุ (ปี)	C	2	
CA_B234	มีชีวิต	C	1	1 = ตอบ
CA_B235	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
CA_B241	ญาติคนที่ 4 ระบุ.....	C	15	
CA_B242	เป็นเมื่ออายุ (ปี)	C	2	
CA_B243	ปัจจุบันอายุ (ปี)	C	2	
CA_B244	มีชีวิต	C	1	1 = ตอบ
CA_B245	ถึงแก่กรรม	C	1	1 = ตอบ
	<b>แบบสอบถามอาการนอนกรนและการนอนหลับ</b>			
WORK	1.1 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สมรรถภาพการทำงานที่บ้านหรือที่ทำงานเป็นอย่างไร	C	1	1 = ดีที่สุด 2 = ดี 3 = ดีพอใช้ 4 = ไม่ดี น้อยสัปดาห์น้อย 5 = ไม่ดี น้อยสัปดาห์พอควร 6 = ไม่ดีอย่างมาก เพลียเหนื่อยสัปดาห์ที่สุด
SLEEPY	1.2 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ความง่วงรบกวนชีวิตท่านเพียงใด	C	1	1 = ไม่เลย 2 = น้อยมาก 3 = มีบ้าง นาน ๆ ครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = มาก 6 = มากที่สุด
POWER	1.3 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พลังงาน ความกระปรี้กระเปร่าในตัวท่านเป็นอย่างไร	C	1	1 = สดชื่นมากที่สุด 2 = สดชื่นมาก 3 = สดชื่นบ้างพอสมควร 4 = ไม่ค่อยสดชื่น 5 = ไม่สดชื่น 6 = ไม่สดชื่นเลยอย่างมาก
SLEEPY2	1.4 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกง่วงบ่อยแค่ไหน	C	1	1 = ไม่เลย 2 = นาน ๆ ครั้ง < 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3 = บางครั้ง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = บ่อย ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 5 = เสมอ ๆ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ 6 = ไม่แน่ใจ

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
SNORE	2.1 เท่าที่เคयरน คุณกรณดิ่งขนาดไหน	C	1	1 = ไม่กรนเลย 2 = ดังกว่าเสียงหายใจดังเล็กน้อย 3 = ดังเหมือนบ่นพูดพิมพ์ 4 = ดังกว่าเสียงพูดพิมพ์ 5 = ดังถึงหน้าห้อง, ข้างห้อง 6 = ไม่ทราบ
SNORE_S	2.2 ล่าสุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณกรณดิ่งขนาดไหน	C	1	1 = ไม่กรนเลย 2 = ดังกว่าเสียงหายใจดังเล็กน้อย 3 = ดังเหมือนบ่นพูดพิมพ์ 4 = ดังกว่าเสียงพูดพิมพ์ 5 = ดังถึงหน้าห้อง, ข้างห้อง 6 = ไม่ทราบ
SNORE_O	2.3 โดยเฉลี่ย คุณกรณบ่อยขนาดไหน	C	1	1 = ไม่เลย 2 = นาน ๆ ครั้ง < 1 ครั้ง/ สัปดาห์ 3 = บางครั้ง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = บ่อย ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 5 = เสมอ ๆ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ 6 = ไม่แน่ใจ
SNORE_D	2.4 ความดังของเสียงกรน รบกวนคนข้างเคียงหรือไม่	C	1	1 = ใช่ 2 = ไม่ 3 = ไม่ทราบ
STIFLED	3.1 ช่วงกลางคืนที่หลับ คุณเคยตื่นขึ้นมา เพราะหายใจติดขัดหรือไม่	C	1	1 = ไม่เลย 2 = นาน ๆ ครั้ง < 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3 = บางครั้ง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = บ่อย ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 5 = เสมอ ๆ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ 6 = ไม่แน่ใจ
CHOKE	3.2 ช่วงกลางคืนที่หลับ คุณเคยมีอาการคล้ายสำลักหรือพยายามออกแรงหายใจบ่อยแค่ไหน	C	1	1 = ไม่เลย 2 = นาน ๆ ครั้ง < 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3 = บางครั้ง 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = บ่อย ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 5 = เสมอ ๆ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ 6 = ไม่แน่ใจ
DRIVE_S	4.1 ถ้าคุณเคยขับรถ คุณเคยหลับในขณะที่ขับรถหรือไม่	C	1	1 = เคย 2 = ไม่เคย 3 = ไม่ทราบ

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
DRIVE_S1	4.2 ถ้าตอบเคย บอกจำนวนครั้ง (ความเห็นของคุณ)	C	1	1 = ครั้งเดียว 2 = 2-5 ครั้ง 3 = 6-20 ครั้ง 4 = 21-100 ครั้ง 5 = >100 ครั้ง 6 = ไม่แน่ใจ
DRIVE_S2	4.3 ถ้าตอบเคย บอกจำนวนครั้ง (ความเห็นคนข้างเคียง)	C	1	1 = ครั้งเดียว 2 = 2-5 ครั้ง 3 = 6-20 ครั้ง 4 = 21-100 ครั้ง 5 = >100 ครั้ง 6 = ไม่แน่ใจ
WAKE	5.1 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณต้องตื่นบ่อย (บ่อยกว่าปกติ) กลางถึงบ่อยมากแค่ไหน	C	1	1 = ไม่เลย 2 = นาน ๆ ครั้ง < 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3 = บางคืน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = บ่อย ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 5 = เสมอ ๆ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ 6 = ไม่แน่ใจ
SLEEP_D	5.2 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คุณมีปัญหาเข้านอนแล้วนอนหลับยาก บ่อยมากแค่ไหน	C	1	1 = ไม่เลย 2 = นาน ๆ ครั้ง < 1 ครั้ง/สัปดาห์ 3 = บางคืน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ 4 = บ่อย ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 5 = เสมอ ๆ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ 6 = ไม่แน่ใจ
<b>แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบประสาท</b>				
PARAL	1. เคยเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์หรือไม่	C	1	1 = เคย 2 = ไม่เคย
PARAL2	1. ถ้าเคยเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ เป็นเมื่อปีพ.ศ.ใด	C	4	
อาการคือ (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง)				
PARAL11	1.1 แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง	C	1	1 = ตอบ
PARAL12	1.2 ชาไม่รู้สึกด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย	C	1	1 = ตอบ
PARAL13	1.3 พูดไม่ชัด หรือ พูดไม่ได้	C	1	1 = ตอบ
PARAL14	1.4 ตาเห็นภาพซ้อน	C	1	1 = ตอบ
PARAL15	1.5 อาการอื่น ๆ	C	1	1 = ตอบ
PARAL151	ระบุ.....	C	50	

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
PARAL21	2. ถ้าไม่เคยเป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ ท่านเคยมีอาการใดต่อไปนี ที่เกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือภายใน 1 วัน (ตอบได้มากกว่า 1 อย่าง) 2.1 แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง	C	1	1 = ตอบ
PARAL22	2.2 ชาไม่รู้สีก้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย	C	1	1 = ตอบ
PARAL23	2.3 พุดไม่ชัด หรือ พุดไม่ได้	C	1	1 = ตอบ
PARAL24	2.4 ตาเห็นภาพซ้อนหรือมองไม่เห็นเฉียบพลัน	C	1	1 = ตอบ
PARAL25	2.5 ไม่เคยมีอาการข้างต้น	C	1	1 = ตอบ
PARAL251	ถ้ามี เป็นเมื่อปีพ.ศ.ใด	C	4	
PARAL252	อายุกี่ปี	C	2	
PARAL3	ถ้าเคยเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ หรือมีอาการในข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ 1.1 อาการของท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นจากอะไร	C	1	1 = เส้นเลือดตีบในสมอง 2 = เส้นเลือดแตกในสมอง 3 = แพทย์ไม่ได้บอกว่าเป็นจากเส้นเลือดในสมองแตกหรือตีบ 4 = ไม่ได้ไปพบแพทย์
CT_MRI	1.2 ได้รับการทำ CT หรือ MRI หรือไม่	C	1	1 = CT brain 2 = MRI brain 3 = ไม่เคยทำ (แพทย์วินิจฉัยจากการซักประวัติตรวจร่างกาย) 4 = ไม่ได้ไปพบแพทย์
ABNORMAL	1.3 อาการผิดปกติข้างต้นหายดีเป็นปกติหรือไม่	C	1	1 = หายดีเป็นปกติ 2 = ไม่หายดีเป็นปกติ
ABNORM1	1. ถ้าหายดีเป็นปกติ ท่านหายดีเป็นปกติภายในกี่วัน	C	1	1 = ใน 1 วัน 2 = ใน 1 สัปดาห์ 3 = ใน 2-3 เดือน หรือมากกว่านั้น
ABNORM2	2. ถ้าไม่หายดีเป็นปกติ ท่านดูแลตัวเองได้หรือไม่	C	1	1 = ทำงานได้ตามปกติ 2 = ดูแลตัวเองได้เดินเองได้ 3 = ดูแลตัวเองได้บ้างโดยมีคนช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันหรือเดินโดยมีคนช่วย 4 = ดูแลตัวเองไม่ได้เลย 5 = เสียชีวิต
OCCUP	1.4 ท่านสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่	C	1	1 = ได้ 2 = ไม่ได้
PARAL_C	1.5 ท่านได้รับการดูแลป้องกันการเกิดอัมพาตหรืออัมพฤกษ์จากใคร	C	1	1 = แพทย์ 2 = ซื่อยาตนเอง

				3 = ไม่ทราบการดูแลรักษา
--	--	--	--	-------------------------



โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
	<u>แบบตรวจความดันเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง และ รอบเอว</u>			
DRUG_PS	1. วันนี้คุณกินยาลดความดันแล้วหรือยัง	C	1	1 = ใช่ 2 = ไม่ 9 = ไม่ทราบ
REST	2. ผู้เป็นตัวอย่างได้นั่งพักอย่างน้อย 5 นาทีแล้วหรือยัง	C	1	1 = ใช่ 2 = ไม่ 9 = ไม่ทราบ
R_ARM	3. ขนาดเส้นรอบวงแขนที่ضم.	C	3	
TIME_PS	4. เวลาเมื่อเริ่มวัดความดัน	C	5	
TEMP_PS	5. อุณหภูมิห้องก่อนเริ่มวัดความดัน (C)	C	2	
CLOTHARM	6. ขนาดผ้าพันแขนที่ใช้	C	1	1 = <24 cm 2 = 24-32 cm 3 = 33-41 cm 4 = >41 cm
LEVELPS1	8. ระดับความดันขณะคล้ำชีพจรไม่ได้ (mmHg)	C	3	
LEVELPS2	9. ระดับความดันขณะคล้ำชีพจรไม่ได้บวกกับอีก 30 mmHg (mmHg)	C	3	
	<u>แบบสำรวจ Physical examination Cardiovascular and GI diseases</u>			
GEN_APP	1. General appearance	C	1	1 = Sthenic 2 = Hyposthenic 3 = Hypersthenic 4 = Obesity
	2. Signs of Hyperlipidemic			
SH_XAN	2.1 Xanthelasma	C	1	0 = Absent 1 = Present
SH_COR	2.2 Corneal Arcus	C	1	0 = Absent 1 = Present
SH_TEN	2.3 Tendon xanthoma	C	1	0 = Absent 1 = Present
	3. Cardiovascular			
C_JVP	- JVP	C	1	1 = Normal 2 = Elevated
C_JVP2	ระบุ Above sternal angle (cm)	C	2	
C_PMI	- Heart PMI	C	1	1 = Normal 2 = Abnormal
C_PMI2	ระบุ (specify) .....	C	30	
CARO_R	4. Peripheral pulse - Carotid art R	C	1	1 = ปกติ 2 = เบา 3 = คล้ำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
CARO_L	- Carotid art L	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
BRAC_R	- Bracnial art R	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
BRAC_L	- Bracnial art L	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
POST_R	- Post tibi art R	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
POST_L	- Post tibi art L	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
DORS_R	- Dorsalis Pedis R	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
DORS_L	- Dorsalis Pedis L	C	1	1 = ปกติ 2 = เมา 3 = คลำไม่ได้ 4 = thrill 5 = bruit
NEUROLOG	Neurology	C	250	

โครงสร้างแบบสำรวจโครงการ EGAT 1/3 รอบที่ 2 ชุด 2

ชื่อ Field	ความหมาย	Type	Width	Description
JAUNDICE	Gastroenterology 1. Jaundice	C	1	0 = Absent 1 = Mild 2 = Mod 3 = Severe
PAROTID	2. Parotid gland enlarged	C	1	0 = Absent 1 = 1+ 2 = 2+ 3 = 3+
SPIDER	3. Spider nevi	C	1	0 = Absent 1 = 1 จุด 2 = 2 จุด 3 = >2 จุด
CLUBBING	4. Clubbing fingers	C	1	0 = Absent 1 = Present
PALMAR	5. Palmar erythema	C	1	0 = Absent 1 = Present
GYNAECOM	6. Gynaecomastia (male)	C	1	0 = Absent 1 = Present
SUPERFIC	7. Superficial vein dilated	C	1	0 = Absent 1 = Present
ASCITES	8. Ascites	C	1	0 = Absent 1 = Minimal 2 = Mod 3 = Marked
ABDOMIN	9. Abdominal bruits	C	1	0 = Absent 1 = Present
EDEMA	10. Edema	C	1	0 = Absent 1 = Mild 2 = Mod 3 = Severe