

**รับ****เอกสารลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก****NEW PATIENT REGISTRATION FORM**

H.N.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน(ID CARD NO)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ เลขที่ใบต่างด้าว/Passport No ☐ ไม่มีเลขที่บัตร (No Card Number)**คำนำหน้าชื่อ (Prefix).....ชื่อ (Name).....นามสกุล (Last name).....**วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of birth) อายุ (Age)ปี เพศ ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)**เชื้อชาติ (Race).....สัญชาติ (Nationality).....ศาสนา (Religion).....****สถานภาพ (Marital Status)** ☐ โสด (Single) ☐ สมรส (Married) ☐ อื่นๆ (Other)..... **อาชีพผู้ป่วย (Occupation)****สภาพผู้ป่วย (Condition of Patient)** ☐ รู้สึกตัวดี (Good Conscious) ☐ ไม่รู้สึกตัว (Unconscious)**ชื่อ-สกุล บิดาผู้ป่วย (Father's Name)****ชื่อ-สกุล มารดาผู้ป่วย (Mother's Name)****ที่อยู่ปัจจุบัน (Present Address)****เลขที่ (Address)** หมู่ (Moo) หมู่บ้าน (Village)**ซอย (Soi)** ถนน (Street)**ตำบล/แขวง (Sub District)** อำเภอ/เขต (District)**จังหวัด (City)** รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)**โทรศัพท์บ้าน (Telephone).....โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.).....****ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล (In Case Of Emergency contact).....****เกี่ยวข้องกับ** ☐ บิดา/มารดา (Father/ Mother) ☐ คู่สมรส (Spouse) ☐ บุตร (Child)☐ญาติ (Relative)☐เพื่อน (Friend)☐นายจ้าง (Employer)☐ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ปรครระบุ (Nursing Home)☐ อื่นๆ ปรครระบุ (Other, Please Specify)**ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ (Address)** ☐ ตามที่อยู่ปัจจุบัน (Same as Present Address) ☐ อื่นๆ ระบุ (Other Specify)

.....

.....

โทรศัพท์บ้าน (Telephone) **โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)****หมู่เลือด (Blood group)**☐ ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ (Unknown)**ประวัติแพ้ยา/สารอื่นๆ (Drug Allergy)**☐ ไม่แพ้ (No Allergic)☐ แพ้ ปรครระบุ (Yes Specify)

.....

.....

☐ ไม่ทราบ (Unknown)**โรคประจำตัว (Chronic Diseases)**☐ ไม่มี (No Diseases)☐ มี ปรครระบุ (Yes Specify)

.....

.....

☐ ไม่ทราบ (Unknown)**ยินดีให้ส่งข้อมูลข่าวสารผ่านอีเมล (E-mail)**

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้ตรวจสอบฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ถ่ายภาพและใช้ภาพถ่ายของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนในการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ (Signature) ☐ ผู้ป่วย (Patient) ☐ อื่นๆ (Other) **เกี่ยวข้องกับ** **ของผู้ป่วย**

วันที่

หมายเหตุ :- โรงพยาบาลของดออกบัตรโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่อยู่ตั้งแต่ 7 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยให้ใช้บัตรประชาชนในการติดต่อโรงพยาบาล**สำหรับเจ้าหน้าที่****สิทธิการรักษาพยาบาล**☐ ชำระเงินเอง☐ รัฐวิสาหกิจ☐ คู่สัญญา☐ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ☐ อื่นๆ☐ ข้าราชการ☐ ดันสังกัด☐ นักศึกษา ม.มหิดล☐ ประกันสังคม

.....

ผู้ดำเนินการบันทึกประวัติ☐ ผู้ดำเนินการแทน ชื่อ - นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน☐ ผู้ป่วยติดต่อเอง ลงชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน**ส่งตรวจคลินิก.....เวลา.....น.**