ลับ

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).....

เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา/มารดา (Father/ Mother) ☐ คู่สมรส (Spouse) ☐ บุตร (Child)

☐ ญาติ (Relative) ☐ เพื่อน (Friend) ☐ นายจ้าง (Employer)

☐ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โปรดระบุ (Nursing Home) .....

☐ อื่นๆ โปรดระบุ (Other, Please Specify .....

ที่อยู่ผู้ที่ติดต่อได้ (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)

☐ แพ้โปรดระบุ (Yes Specify)

.....

.....

☐ ไม่ทราบ (Unknown)

โรคประจำตัว (Chronic Diseases)

☐ ไม่มี (No Diseases)

☐ มี โปรดระบุ (Yes Specify)

.....

.....

☐ ไม่ทราบ (Unknown)

ยินดีให้ส่งข้อมูลข่าวสารผ่านอีเมล์ (E-mail)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้ตรวจสอบฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ถ่ายภาพและใช้ภาพถ่ายของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนในการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ (Signature) ..... ☐ ผู้ป่วย (Patient) ☐ อื่นๆ (Other) เกี่ยวข้องเป็น ..... ของผู้ป่วย

วันที่ .....

หมายเหตุ :- โรงพยาบาลของดออกบัตรโรงพยาบาลสำหรับผู้ที่อายุตั้งแต่ 7 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยให้ใช้บัตรประชาชนในการติดต่อโรงพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่

สิทธิการรักษาพยาบาล	☐ ชำระเงินเอง ☐ ข้าราชการ	☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ต้นสังกัด	☐ คู่สัญญา ☐ นักศึกษา ม.มหิดล	☐ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ☐ ประกันสังคม	☐ อื่นๆ ....

ผู้ดำเนินการบันทึกประวัติ

☐ ผู้ดำเนินการแทน ชื่อ – นามสกุล ..... เลขที่บัตรประชาชน .....

☐ ผู้ป่วยติดต่อเอง ลงชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน .....

ส่งตรวจคลินิก.....เวลา.....น.