**แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่**

คำนำหน้า ( )นาย ( )นาง ( )น.ส. ( )ด.ช. ( )ด.ญ. ชื่อ-สกุล............................................................. ...................................

วัน/เดือน/ปีเกิด.........../............./.......... อายุ............ปี............เดือน...........วัน เลขบัตรประชาชน/Passport...................................................

สถานภาพ ( )โสด ( )สมรส ( )หม้าย ( )หย่า ( )สมณะ/นักบวช เชื้อชาติ....................สัญชาติ................... ..ศาสนา...................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่...............หมู่.......... ถนน....................ตำบล...............อำเภอ...................จังหวัด...................เบอร์โทร..............................

* ที่บ้าน ที่ทำงาน ตามบัตรประชาชน สถานะในบ้าน เจ้าบ้าน ผู้อาศัย

ลักษณะบ้านที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเดี่ยว บ้านแฝด คอนโด หอพัก ห้องเช่า อื่นๆ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..................หมู่.......... ถนน...............................ตำบล.........................อำเภอ.....................จังหวัด.......................

อาชีพ............................. การศึกษา ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ต่ำกว่าประถม ( ) ประถม ( ) มัธยม

( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) ไม่ระบุ

ชื่อบิดาผู้ป่วย................................................ ชื่อมารดาผู้ป่วย..............................................................ชื่อคู่สมรส...........................................

สิทธิ์การรักษา ( )เงินสด ( )เบิกได้ ( )ประกันสังคม ( )ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ( ) อื่นๆ...............................

แพ้สารและยา ( )ไม่ทราบ ( )ไม่แพ้ ( )แพ้สารและยา................................. น้ำหนัก........................ส่วนสูง.................

อาการหรือโรคที่ต้องการตรวจ............................................ ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.............................................. เกี่ยวข้องเป็น.......................

\*ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้............................................................... .......................... บ้านเลขที่...............หมู่.......... ถนน............................

ตำบล........................อำเภอ........................จังหวัด...............................เบอร์โทร.....................................เกี่ยวข้องเป็น..................................

หมายเหตุ เมื่อกรอกข้อมูลสมบูรณ์แล้วให้ติดต่อเจ้าหน้าที่

**แบบฟอร์มกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่**

คำนำหน้า ( )นาย ( )นาง ( )น.ส. ( )ด.ช. ( )ด.ญ. ชื่อ-สกุล............................................................. ...................................

วัน/เดือน/ปีเกิด.........../............./.......... อายุ............ปี............เดือน...........วัน เลขบัตรประชาชน/Passport...................................................

สถานภาพ ( )โสด ( )สมรส ( )หม้าย ( )หย่า ( )สมณะ/นักบวช เชื้อชาติ....................สัญชาติ................... ..ศาสนา...................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่...............หมู่.......... ถนน....................ตำบล...............อำเภอ...................จังหวัด...................เบอร์โทร..............................

* ที่บ้าน ที่ทำงาน ตามบัตรประชาชน สถานะในบ้าน เจ้าบ้าน ผู้อาศัย

ลักษณะบ้านที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเดี่ยว บ้านแฝด คอนโด หอพัก ห้องเช่า อื่นๆ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..................หมู่.......... ถนน...............................ตำบล.........................อำเภอ.....................จังหวัด.......................

อาชีพ............................. การศึกษา ( ) ไม่ได้ศึกษา ( ) ต่ำกว่าประถม ( ) ประถม ( ) มัธยม

( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี ( ) ไม่ระบุ

ชื่อบิดาผู้ป่วย................................................ ชื่อมารดาผู้ป่วย..............................................................ชื่อคู่สมรส...........................................

สิทธิ์การรักษา ( )เงินสด ( )เบิกได้ ( )ประกันสังคม ( )ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ( ) อื่นๆ...............................

แพ้สารและยา ( )ไม่ทราบ ( )ไม่แพ้ ( )แพ้สารและยา................................. น้ำหนัก........................ส่วนสูง.................

อาการหรือโรคที่ต้องการตรวจ............................................ ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล.............................................. เกี่ยวข้องเป็น.......................

\*ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้............................................................... .......................... บ้านเลขที่...............หมู่.......... ถนน............................

ตำบล........................อำเภอ........................จังหวัด...............................เบอร์โทร.....................................เกี่ยวข้องเป็น..................................

หมายเหตุ เมื่อกรอกข้อมูลสมบูรณ์แล้วให้ติดต่อเจ้าหน้าที่