

แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน		เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร / สารเคมี/ สารที่บ่งชี้)	
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div> ไม่เคยแพ้ <div></div> แพ้ (ระบุ)</div> <div>.....</div> <div>.....</div>	
เลขที่ใบต่างด้าว			
ประเทศ			
คำนำหน้าชื่อ <div><div></div> นาย <div></div> นาง <div></div> นางสาว <div></div> ด.ช. <div></div> ด.ญ. <div></div> อื่น ๆ</div> <div>(ชื่อภาษาไทย) ชื่อ</div> <div>(ชื่อภาษาอังกฤษ) First Name.....Middle NameLast Name</div> <div>เพศ <div></div> ชาย <div></div> หญิง วัน เดือน พ.ศ. เกิด</div> <div>อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด</div> <div>ประเทศ</div> <div>อาชีพ.....ตำแหน่ง/หน้าที่.....</div>			
สัญชาติ	ศาสนา	สถานภาพการสมรส	การศึกษา
<div><div></div> ไทย</div> <div><div></div> จีน</div> <div><div></div> อื่น ๆ ระบุ.....</div>	<div><div></div> พุทธ</div> <div><div></div> คริสต์</div> <div><div></div> อิสลาม</div> <div><div></div> อื่น ๆ ระบุ.....</div>	<div><div></div> โสด</div> <div><div></div> คู่</div> <div><div></div> หย่า</div> <div><div></div> หม้าย</div>	<div><div></div> ประถมศึกษา</div> <div><div></div> มัธยมศึกษาตอนต้น</div> <div><div></div> มัธยมศึกษาตอนปลาย</div> <div><div></div> ปวช./ ปวส./อนุปริญญา</div> <div><div></div>ปริญญาตรี</div> <div><div></div>ปริญญาโท</div> <div><div></div>ปริญญาเอก</div> <div><div></div> อื่นๆ ระบุ.....</div>
ชื่อมารดาผู้ป่วย.....ชื่อบิดาผู้ป่วย			
ชื่อสามี / ภรรยา.....			
บ้านเลขที่ (ที่ติดต่ได้)		โทรศัพท์	
หมู่ซอย..... ถนน		ที่บ้าน	
ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต		ที่ทำงาน	
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		มือถือ	
		Email	
ชื่อผู้ติดต่อ			
บ้านเลขที่ (ที่ติดต่ได้)		โทรศัพท์	
หมู่ซอย..... ถนน		ที่บ้าน	
ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต		ที่ทำงาน	
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		มือถือ	
		Email	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลรามาธิบดีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

ผู้ป่วย ญาติ / ผู้นำส่ง

(.....)

วัน / เดือน / ปี.....