

ข้อมูลที่นักศึกษาควรทราบเกี่ยวกับเอกสารชุดนี้

1. เอกสารฉบับนี้ เป็นการเปลี่ยนสิทธิการรักษาพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษา (เดิมเรียกสิทธิบัตรทอง)
2. นศ. ท่านใดมีสิทธิการรักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลาง, สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรย้ายสิทธิการรักษาพยาบาลมาอยู่กับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการและเพื่อสิทธิประโยชน์ของ นศ. สำหรับ นศ. ท่านอื่นๆ ที่มีสิทธินอกเหนือจากที่กล่าว เช่น สิทธิประกันสังคม ขอให้เขียนด้านบนแบบฟอร์มด้วยว่า “ ปัจจุบันมีสิทธิ....(เดิมสิทธิที่ตนมี)....อยู่ ”
3. หาก นศ. ท่านใดมีโรงพยาบาลที่รับบริการประจำอยู่แล้วแต่สิทธิอยู่ต่างจังหวัด “ แนะนำให้กรอกแบบฟอร์มนี้ส่งมหาวิทยาลัย ” แต่ถ้าไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานที่รับบริการ ขอให้ดำเนินการตามข้างต้น แต่ไม่ต้องส่งเอกสารแนบและไม่ต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม พร้อมทั้งเขียนข้อความ “ *ไม่ประสงค์ย้ายหน่วยบริการ ” ที่ด้านบนของแบบฟอร์ม
4. หาก นศ. ไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 3 สามารถติดต่อ เปลี่ยนแปลงสิทธิได้ภายในเดือนแรกของการเปิดเรียน

ให้นักศึกษาใหม่ ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลดังนี้

1. แบบฟอร์มประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อที่ 5 (เฉพาะผู้เข้าศึกษา) ต้องลงชื่อผู้ลงทะเบียน ช่องว่างของส่วนที่ 1 ถ้ากรอกรายละเอียดได้ให้กรอกรายละเอียดถ้ากรอกรายละเอียดไม่ได้ไม่ต้องกรอก ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไม่ต้องกรอกรายละเอียดใด
2. เอกสารที่ต้องส่งคือ สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่อผู้เข้าศึกษา) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องทั้ง 2 ใบ
3. ส่งมาตามที่อยู่ที่มหาวิทยาลัยแจ้ง (ฉะนั้น ในซองที่จะส่งมีเอกสาร 3 ใบคือ แบบฟอร์มที่มี 3 ส่วน, สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน)

มีข้อซักถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อได้ที่:

วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น. ติดต่อที่เบอร์ 02-849-4503, 02-849-4505, 02-849-4512

วันเสาร์ – อาทิตย์ และนอกเวลาราชการ ติดต่อที่ thaworn.lao@mahidol.ac.th

ส่วนที่ ๑

รหัสนักศึกษา.....

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักสูตร.....

คณะ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.)

รหัสดำเนินการประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. สถานะก่อนลงทะเบียน	สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ
<div><div><input type="radio"/> ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ</div><div><input type="radio"/> มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ในกทม.</div><div><input type="radio"/> มีสิทธิเดิมในกทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ</div></div>	<div><div><input type="radio"/> ใกล้บ้าน</div><div><input checked="" type="radio"/> ใกล้สถานศึกษา</div><div><input type="radio"/> ใกล้ที่ทำงาน</div></div>

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับบริการในหน่วยบริการ และมีความประสงค์จะลงทะเบียน โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้

เลขที่เครือข่ายหน่วยประกันสุขภาพและประกันสังคม

ร.พ.รามารับดี

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่งต่อ.....ร.พ.รามารับดี.....

4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ
5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม.

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียนแทน

(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกันแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) ผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองด้วย
2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

* กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัยเพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

- ❖ หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้านเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

❖ หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของผู้นำชุมชนและเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

❖ หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

❖ เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่าคุณคนนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ

❖ หนังสือรับรองของอาสาสมัครของสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

❖ กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร

3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง

หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอำนาจให้.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ ๓

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง

- ☐ เจ้าบ้าน

☐ ผู้นำชุมชน

☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

☐ อาสาสมัครสาธารณสุข

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ขอรับรองว่า

ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.).....

❖ ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....

❖ กำลังศึกษาอยู่ใน.....

สถานศึกษา.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบ

ในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว

ส่วนนี้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน

(กรณีส่งบัตรให้ตามที่อยู่ทางไปรษณีย์)

หน่วยรับคำร้อง.....

วันที่ลง

ชื่อสกุล (ผู้ลงทะเบียน).....

รหัสดำเนินการประจำตัวประชาชน (13 หลัก)

เลขที่เครือข่าย

หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว.....

หน่วยบริการรับส่ง

- ❖ หลังจากยื่นคำร้อง สำนักงานจะตรวจสอบว่าท่านไม่มีสิทธิใด หรือมีการขอลงทะเบียนซ้ำซ้อน
- ❖ เอกสารนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้ต้องตรวจสอบสิทธิก่อนใช้บริการ (โทร 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก)
- ☐ หลังวันที่ 17 ของเดือน

☐ หลังวันที่ 30 ของเดือน
- ❖ ถ้าท่านได้รับสิทธิสำนักงานจะส่งบัตรทองไปให้ที่บ้าน หากยังไม่ได้รับบัตรภายใน 30 วัน ให้ติดต่อสอบถามจากจุดที่ท่านยื่นคำร้อง

ชื่อเจ้าหน้าที่รับเอกสาร.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน <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> เลขที่ใบต่างด้าว ประเทศ	เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารที่บ่งชี้) <div><div></div> ไม่เคยแพ้ <div><div></div></div> แพ้ (ระบุ)</div>
---	---

คำนำหน้าชื่อ

นาย นาง นางสาว ด.ช. ด.ญ. อื่น ๆ

(ชื่อภาษาไทย) ชื่อนามสกุล.....

(ชื่อภาษาอังกฤษ) First Name.....Middle NameLast Name

เพศ

ชาย หญิง วัน เดือน พ.ศ. เกิด/...../..... อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด ประเทศ
อาชีพ.....ตำแหน่ง/หน้าที่.....

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.....ชื่อบิดาผู้ป่วยชื่อสามี / ภรรยา.....

บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) หมู่ซอย..... ถนน ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	โทรศัพท์ ที่บ้าน ที่ทำงาน มือถือ Email
---	--

ชื่อผู้ติดต่อ เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย	โทรศัพท์
บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) หมู่ซอย..... ถนน ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	ที่บ้าน ที่ทำงาน มือถือ Email

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
- ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลรามาธิบดีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

ผู้ป่วย ญาติ / ผู้นำส่ง
(.....)
วัน / เดือน / ปี.....



โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบแสดงเจตจำนงขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

ส่วนที่ 1	ข้อมูลผู้ป่วย			
เลขประจำตัวบัตรประชาชน		เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> จีน <input type="checkbox"/> อินเดีย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> จีน <input type="checkbox"/> อินเดีย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	ศาสนา <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
เลขที่ใบต่างด้าว/Passport.....				
คำนำหน้าชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> ด.ช. <input type="checkbox"/> ด.ญ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ				
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ..... นามสกุล..... ชื่อกลาง(ถ้ามี)				
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....				
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี อาชีพ				
ชื่อ-สกุลบิดาผู้ป่วย..... ชื่อ-สกุลมารดาผู้ป่วย.....				
ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน.....		โทรศัพท์บ้าน		
ซอย..... ถนน		โทรศัพท์มือถือ		
ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต		โทรศัพท์ที่ทำงาน		
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Email		
ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย				
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์ที่ทำงาน				
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลศิริราชตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใด ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>				
ส่วนที่ 2	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก			
เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN)	การลงทะเบียนราษฎร์	การถ่ายภาพผู้ป่วย	สิทธิการรักษาพยาบาล	
.....	<input type="checkbox"/> ออนไลน์ <input type="checkbox"/> ออฟไลน์ <input type="checkbox"/> ดึงข้อมูลไม่ได้	<input type="checkbox"/> ถ่ายภาพ <input type="checkbox"/> ไม่ถ่ายภาพ	<input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(มีใบส่งตัว) <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคมศิริราช/ร.พ.อื่นมีใบส่งตัว <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเก่าติด Scan				
ผู้ดำเนินการทำบัตรโรงพยาบาล				
<input type="checkbox"/> ผู้ดำเนินการแทนชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน				
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยติดต่อเอง ลงชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เวลา				
หน่วยตรวจ				
<input type="checkbox"/> ออร์โธปิดิกส์	<input type="checkbox"/> แพทย์เวร	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> กุมารเวชศาสตร์	
<input type="checkbox"/> อายุรศาสตร์	<input type="checkbox"/> ศัลยศาสตร์	<input type="checkbox"/> สูติศาสตร์	<input type="checkbox"/> นรีเวชวิทยา	
<input type="checkbox"/> จักษุวิทยา	<input type="checkbox"/> หู คอ จมูก	<input type="checkbox"/> จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	<input type="checkbox"/> จิตเวชศาสตร์	
<input type="checkbox"/> ผิวหนัง (ตจวิทยา)	<input type="checkbox"/> ทันตกรรม	<input type="checkbox"/> บริการสุขภาพและโภชนาการ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	





โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์มขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

เพื่อความถูกต้องและรวดเร็ว กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน

หลักสูตร.....
คณะ.....
รหัสนักศึกษา.....

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ ด.ช. ☐ ด.ญ. อื่นๆ ระบุ.....
ชื่อ-นามสกุล..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชนผู้ป่วย.....สถานะภาพครอบครัว ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย ☐ แยก
สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....

ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาล

☐ จ่ายเงินเอง ☐ เบิกกรมบัญชีกลาง ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ บัตรทอง ระบุชื่อรพ.....
☐ บัตรประกันสังคม ระบุชื่อรพ..... ☐ นักศึกษา ม.มหิดล คณะ.....
☐ อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ชื่อ-สกุล บิดาของผู้ป่วย.....ชื่อ-สกุล มารดาของผู้ป่วย.....
ชื่อ-สกุลคู่สมรสของผู้ป่วย.....
ชื่อผู้ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องกับความจริงทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้าอนุญาตให้เปิดเผย
ผลการรักษา เพื่อนำไปใช้ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและ
อาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุก
ประการ

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้นำข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อาทิเช่น ประวัติ การ
รักษา และภาพรังสีไปใช้ประกอบการเรียน การสอน การวิจัย และเผยแพร่เชิงวิชาการ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย / ผู้ให้ข้อมูล (เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย) วันที่.....



เอกสารลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

H.N.

โปรดกรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง □ ให้ครบถ้วน

คำนำหน้า (Prefix) □ นาย (Mr.) □ นาง (Mrs.) □ นางสาว (Miss) □ ด.ช. (Boy) □ ด.ญ. (Girl) □ อื่นๆ (Other)

ชื่อ/นามสกุลภาษาไทย

เพศ (Gender) □ ชาย (Male) □ หญิง (Female)

English Name/ Surname.....

สถานภาพสมรส (Marital Status)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (ID CARD NO / Passport NO)

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

□ โสด (Single) □ สมรส (Married) □ แยก (Separated)

□ หย่า (Divorced) □ หม้าย (Widowed) □ นักบวช (Priest)

วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of birth) อายุ (Age) ปี

เชื้อชาติ (Race) สัญชาติ (Nationality).....

จังหวัดที่เกิด (City of birth)

ศาสนา (Religion)..... หมู่เลือด (Blood group).....

บิดา (Father's Name)

อาชีพผู้ป่วย (Occupation).....

มารดา (Mother's Name)

คู่สมรส (Couple)

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Permanent Address)

เลขที่ (Address)..... หมู่ (Moo)/หมู่บ้าน (Village)..... ซอย (Soi).....

ถนน (Street.)..... ตำบล/แขวง (Sub District)..... อำเภอ/เขต (District)

จังหวัด (City)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal Code).....

โทรศัพท์ (Telephone)..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)..... อีเมล (E-mail).....

ที่อยู่ปัจจุบัน (Present Address) □ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Same as Permanent Address) □ อื่นๆ ระบุ (Other Specify)

เลขที่ (Address)..... หมู่ (Moo)/หมู่บ้าน (Village)..... ซอย (Soi).....

ถนน (Street.)..... ตำบล/แขวง (Sub District)..... อำเภอ/เขต (District)

จังหวัด (City)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)..... โทรศัพท์ (Telephone).....

ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน (In Case Of Emergency contact).....

ผู้ติดต่อได้เกี่ยวข้องเป็น (Relationship) □ บิดา (Father) □ มารดา (Mother) □ คู่สมรส (Couple) □ บุตร (Child)

□ ญาติ (Relative) □ ผู้ปกครอง (Guardian) □ นายจ้าง (Employer) □ อื่นๆ (Other)

ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ (Address) □ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Same as Permanent Address) □ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน (Same as Present Address)

□ อื่นๆ ระบุ (Other Specify).....

..... โทรศัพท์ (Telephone)..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.).....

สิทธิการรักษา (Financial right)

□ ผู้ป่วยทั่วไป (ชำระเงินเอง Cash payments)

□ ต้นสังกัด (Agency) ชื่อหน่วยงานกรม/กอง.....

□ รัฐวิสาหกิจ (State Enterprise) ชื่อหน่วยงาน.....

□ ประกันสังคม (Social Security) ชื่อรพ.....

□ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme) ชื่อรพ.....

□ นักศึกษาม.มหิดล (Student Mahidol) คณะ/วิทยาลัย.....

□ อื่นๆ โปรดระบุ (Other Specify)

ประวัติแพ้ยา (Drug Allergy)

□ ไม่แพ้ (No Allergic)

□ แพ้ โปรดระบุชื่อยา (Yes Specify)

โรคประจำตัว (Chronic Diseases)

□ ไม่มี (No Diseases)

□ มี โปรดระบุชื่อโรค (Yes Specify).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบุคคลทั้งหมดนี้ ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการและยินยอมให้ตรวจสอบฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนในการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ส่งตรวจจากคลินิก.....เวลา.....น.

ลงชื่อ (Signature) □ ผู้ป่วย (Patient) □ ญาติ/ผู้นำส่ง (Relative)



บัตรสุขภาพนักศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล

เข้าศึกษาระดับ

☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี

☐ บัณฑิตศึกษา

ส่วนงาน.....

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

วันเดือนปีเกิด..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ตามภูมิลำเนา..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อบิดา..... ☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....

ชื่อมารดา..... ☐ มีชีวิต ☐ ถึงแก่กรรม เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....

ชื่อผู้ปกครอง..... เกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....

ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 คน)

1)..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....

2)..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....

3)..... เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก.....

เคยเดินทางไป..... (ต่างประเทศ) เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มีความบกพร่องทาง..... โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้อยู่..... สำหรับช่วยเหลือ

ข้อมูลด้านสุขภาพ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
ดัชนีมวลกาย (BMI).....
(ข้อมูล ณ วันที่.....)

หมู่เลือด.....โรคประจำตัว.....

ประวัติการแพ้ยา.....

ประวัติความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง ทาลัสซีเมีย เม็ดเลือดแดงแตกง่าย เลือดออกง่าย).....

เคยรับวัคซีน.....

สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล

☐ ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)

☐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต., อบจ. ฯลฯ)

☐ รัฐวิสาหกิจ

☐ ประกันสังคม

☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

☐ สิทธิผู้พิการ

☐ อื่นๆ.....

(ณ วันที่.....)

แผนการรักษาของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

รหัสประจำตัว

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

หลักสูตร /

แผ่นที่.....

[illegible]

หมายเหตุ ตัวอย่างช่องหมายเหตุให้กรอกผลการตรวจห้องปฏิบัติการ, ส่งไปตรวจที่ใด, แพทย์อะไรบ้าง, นัดทำการตรวจ
ต่อเมื่อใด, ตรวจอะไรบ้าง ฯลฯ

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง

☐☐☐☐☐

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง

☐☐☐☐☐

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

☐☐☐☐☐