



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)