



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.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องกับความจริงทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้านุญาตให้เปิดเผยผลการรักษา เพื่อนำไปใช้ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้นำข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อาทิเช่น ประวัติ การรักษา และภาพรังสีไปใช้ประกอบการเรียน การสอน การวิจัย และเผยแพร่เชิงวิชาการ

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