ส<u>ำคัญ</u> นักศึกษาทุกคนต้องกรอกและส่งเอกสารชุดนี้ เพื่อการตรวจสอบของมหาวิทยาลัย

- 1. นักศึกษาที่มีสิทธิเบิกจ่ายตรงของผู้ปกครอง มหาวิทยาลัยจะทำการเปลี่ยนสิทธิเมื่อนักศึกษาอายุครบ 20 ปี
- 2. นศ. ที่มีสิทธิ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โรงพยาบาลอื่นๆ หรือ สิทธิประกันสังคม
 - 2.1. นศ. ควรย้ายมาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพื่อความสะดวกในการเข้ารับ บริการและเพื่อสิทธิประโยชน์ของ นศ.
 - 2.2. นศ. ที่ไม่ประสงค์ย้ายหน่วยบริการมาโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย ขอให้เขียนข้อความว่า " <u>*ไม่ประสงค์ย้ายหน่วย</u> <u>บริการ</u> " ที่มุมด้านบนขวาของแบบฟอร์ม <u>โดยไม่ต้องลงชื่อ</u>แต่ให้ส่งมหาวิทยาลัยเพื่อตรวจสอบ
- 3. นศ. ที่มีสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และอื่นๆ ขอให้เขียนที่มุมบนขวาของแบบฟอร์มด้วยว่า " <u>ปัจจุบันมีสิทธิ...(ใส่ชื่อสิทธิที่ตนมี)...อยู่</u> " ก่อนจัดส่งให้มหาวิทยาลัย
- * <u>หาก นศ. ไม่ได้ดำเนินการตามข้างต้น</u> สามารถติดต่อ<u>เปลี่ยนแปลงสิทธิได้ภายในเดือนแรกของการเปิดปีการศึกษา</u> ที่ "กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น 3 ศูนย์การเรียนรู้มหิดล ศาลายา"

ให้นักศึกษาใหม่ ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลดังนี้

- 1. พิมพ์แบบฟอร์มประกันสุขภาพถ้วนหน้า (เอกสารที่มี 3 ส่วน) โดยดำเนินการดังนี้
 - 1.1. นักศึกษาที่สามารถเบิกจ่ายตรงจากสิทธิของผู้ปกครองได้ ให้สังเกตุที่แบบฟอร์มตรงมุมซ้ายด้านล่าง จะมีข้อความว่า "รอ เปลี่ยนสิทธิอายุ 20 ปี" ปรากฎอยู่ หากไม่พบให้นักศึกษากลับไปแก้ไขตรวจสอบข้อมูลตนเองใน e-profile ให้ถูกต้อง
 - 1.2. ตรวจสอบรายละเอียดในส่วนที่ 1 ข้อที่ 1 จากที่<u>ระบบเพิ่มให้</u>ว่าถูกต้องหรือไม่ หากไม่มีที่อยู่ขึ้นให้นักศึกษากรอกข้อมูลใน e-profile แล้วบันทึกพร้อมดาวน์โหลดแบบฟอร์มใหม่อีกครั้ง
 - 1.3. ที่อยู่ในแบบฟอร์มจะเป็นที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน "**ไม่จำเป็นต้องเป็นที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร**"
 - 1.4. ช่องว่างของส่วนที่ 1 กรอกรายละเอียดเท่าที่กรอกได้ "<mark>ถ้าไม่ทราบไม่ต้องกรอก</mark>"
 - 1.5. ส่วนที่ 1 ข้อที่ 3 และ 4 ไม่ต้องกรอกข้อมูลใดๆ "มหาวิทยา<mark>ลัยจะดำเนินการเอง</mark>"
 - 1.6. **ลงชื่อนักศึกษาในส่วนที่ 1 ข้อที่ 5 (เฉพาะผู้เข้าศึกษา)** หากนักศึกษาไม่สามารถลงชื่อได้เองทุกกรณี ให้ผู้ปกครองลงชื่อ ในช่องผู้ขอลงทะเบียนแทนได้
 - 1.7. ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไม่ต้องกรอกรายละเอียดใดๆ
- 2. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่มหาวิทยาลัยแจ้ง โดยเอกสารที่ต้องส่งประกอบด้วย 2.1 2.3
 - 2.1. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่อผู้เข้าศึกษา) 1 ฉบับ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในกรุงเทพมหานคร <u>พร้อมรับรองสำเนา</u>
 - 2.2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ <u>พร้อมรับรองสำเนา</u>
 - 2.3. **กรณีผู้ปกครองลงทะเบียนแทน** ส่งเอกสารเพิ่มเติมดังนี้
 - 2.3.1. สำเนาทะเบียนบ้าน (ที่มีชื่อผู้ขอลงทะเบียนแทน) 1 ฉบับ ไม่จำเป็นต้องอยู่ในกรุงเทพมหานคร พร้อมรับรองสำเนา
 - 2.3.2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้ขอลงทะเบียนแทน 1 ฉบับ พร้อมรับรองสำเนา

หมายเหตุ นักศึกษาสามารถ<u>สอบถามว่าเอกสารที่จัดส่งถึงหรือไม่ ได้ที่คณะที่ตนเข้าศึกษา</u>

สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

* วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 09.00 - 16.30 น. วันและเวลาราชการ ติดต่อที่หมายเลข 0 2849 4503 หรือ e-mail : <u>thaworn.lao@mahidol.edu</u> หรือ กองกิจการนักศึกษา ชั้น 3 ศูนย์การเรียนรู้มหิดล

ส่วนที่ ๑ รหัสนักศึกษา..... หน่วยรับคำร้อง..... หลักสูตร..... วันที่......เดือน....พ.ศ...พ.ศ 1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน 1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.... 1.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน อยู่บ้านเลขที่......หมู่ที่......ตรอก / ซอย...... ถนน......ตำบล / แขวง..... คำเภค / เขต......จังหวัด....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.......โทรศัพท์มือถือ..... 2. สถานะก่อนลงทะเบียน สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ 🔾 ใกล้บ้าน 🔾 ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ 🔾 มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ในกทม. 🛇 ใกล้สถานศึกษา (ใกล้ที่ทำงาน 🔘 มีสิทธิเดิมในกทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ 3. คำรับรอง ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับบริการใน หน่วยบริการ และมีความประสงค์จะขอลงทะเบียนฯ โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้ หน่วยประกันสุขภาพและประกันสังคม เลขที่เครือข่าย ร พ รามาริบดี หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว..... หน่วยบริการรับส่งต่อร.พ.รามาธิบดี.. 4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ 5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม. ..ผ้ขอลงทะเบียน (.....) .ผ้ขอลงทะเบียนแทน ลงที่ค (.....) เกี่ยวข้องเป็น.. ลงชื่อ. ..ผู้ตรวจสอบเอกสาร

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกันแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- . สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) ผู้ปกครองเช็นรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองด้วย
- 2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - * กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัย เพิ่มเติมอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้
 - * หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้าน เซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - ❖ หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของ ผู้นำชุมชนและเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - ❖ หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - ❖ เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธาญปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ
 - * หนังสือรับรองของอาสาสมัครของสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรอง สำเนาเอกสาร
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสืคฉบับนี้ ข้าพเจ้า

ขอมอบอำนาจให้	
อายุปี อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตรอก / ซอย	
ถนนเขางเขต	
จังหวัดโทรศัพท์โทรศัพท์มือถือ	
เป็นผู้แทนโดยชอบด้วยกฏหมายแทนข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนบัตรประกันสุข	ภาพ
ถ้วนหน้า	
ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขต	าแห่ง
หนังสือเสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ	
ลงชื่อผู้มอบอำนาจ	
()	
ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ	
()	

ส่วนที่ ๓

หนังสือรับรองการพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สถานะผู้รับรอง
อาสาสมัครสาธารณสุข
ขอรับรับรองว่า ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.)
ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ค.ญ.)
·
ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตรอก / ซอย
ถนนตำบล / แขวง
อำเภอ / เขต
• กำลังศึกษาอยู่ใน
* กาลงศกษายยูเน
สถานคกษา
ลงชื่อผู้รับรอง
()
การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบ
ในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว
ส่วนนี้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน
(กรณีส่งบัตรให้ตามที่อยู่ทางไปรษณีย์)
หน่วยรับคำร้อง
วันที่ลง
ชื่อสกุล (ผู้ขอลงทะเบียน)
วหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)
เลขที่เครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว
หน่วยบริการรับส่ง
❖ หลังจากยื่นคำร้อง สำนักงานจะตรวจสอบว่าท่านไม่มีสิทธิใด หรือมีการขอ ลงทะเบียนซ้ำซ้อน
ลงทะเบยนซาซอน ♣ เอกสารนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้ต้องตรวจสอบสิทธิก่อนใช้
๖ เอกสารนยง เมลามารถนาเบ เช เนการรกษาพยาบาล เดตองตรวจสอบสทธิกอน เข บริการ (โทร 1330 กิด 2 และกิดเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก)
บรการ (เพรา 330 กต 2 และกตเลขบตรบระพาตามระบายนา 3 หลก)
 หลงวนทาวาของเตยน
30 วัน ให้ติดต่อสอบถามจากจุดที่ท่านยืนคำร้อง
ชื่อเจ้าหน้ารับเอกสาร

เบคร์โทรศัพท์ติดต่อ.

ส่วนที่ ๑ รหัสนักศึกษา..... หน่วยรับคำร้อง..... หลักสูตร..... วันที่......เดือน....พ.ศ...พ.ศ 1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน 1.1 ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ด.ช., ด.ญ.) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.... 1.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน......ตำบล / แขวง..... คำเภค / เขต......จังหวัด....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.......โทรศัพท์มือถือ..... 2. สถานะก่อนลงทะเบียน สาเหตุของการเลือกหน่วยบริการ 🔾 ใกล้บ้าน 🔾 ไม่เคยมีบัตรประกันสุขภาพ 🔾 มีบัตรสิทธิต่างจังหวัด ปัจจุบันอยู่ในกทม. 🛇 ใกล้สถานศึกษา (ใกล้ที่ทำงาน 🔘 มีสิทธิเดิมในกทม. ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการ 3. คำรับรอง ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะที่ข้าพเจ้ายื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้รับบริการใน หน่วยบริการ และมีความประสงค์จะขอลงทะเบียนฯ โดยเลือกเครือข่ายหน่วยบริการดังนี้ เลขที่เครือข่าย หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร.พ.ศีริราช หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว หน่วยบริการรับส่งต่อ....ร.พ.ศิริราช.... 4. หากคำรับรองไม่เป็นความจริง จะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะ 5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะลงทะเบียนบัตรทองนี้ได้พักอาศัยอยู่จริงใน กทม. ..ผ้ขอลงทะเบียน (.....) ..ผู้ขอลงทะเบียนแทน (.....) เกี่ยวข้องเป็น. ..ผู้ตรวจสอบเอกสาร (.....)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานที่ใช้ยื่นกันแบบคำร้องขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- . สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง หรือสำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) ผู้ปกครองเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง และแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองด้วย
- . สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 - * กรณีพักอาศัยอยู่จริงไม่ตรงตามทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานรับรองการพักอาศัย เพิ่มเติมคย่างใดคย่างหนึ่งดังนี้
 - 💠 หนังสือรับรองของเจ้าบ้าน พร้อมแนบสำเนาทะเบียนบ้านที่ไปพักอาศัยอยู่และเจ้าบ้าน เซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 🍫 หนังสือรับรองของผู้นำชุมชนในพื้นที่พักอาศัยอยู่พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวของ ผู้นำชุมชนและเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 💠 หนังสือรับรองของผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ ว่าจ้างหรือนายจ้าง และเต็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 💠 เอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธาณูปโภค ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ที่ระบุว่าบุคคลนั้นมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ
 - 💠 หนังสือรับรองของอาสาสมัครของสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร พร้อมแนบสำเนาบัตร ประจำตัวอาสาสมัครสาธารณสุข และเซ็นรับรองสำเนาเอกสาร
 - 🂠 กรณีนักเรียน นักศึกษา ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน นักศึกษา และเซ็นรับรอง สำเนาเคกสาร
- 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีมอบอำนาจ ให้ผู้อื่นดำเนินการแทน)

เพื่อป้องกันการแอบอ้างของคนอื่น ขอให้ท่านลงทะเบียนด้วยตนเอง หากมีความจำเป็นควรมอบอำนาจให้บุคคลในทะเบียนบ้านเดียวกันเท่านั้น หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสืคฉา๊บนี้ ข้าพเจ้า.....

ขอมอบอา	านาจ เห	
อายุ	ปี อยู่บ้านเลขที่	หมู่ที่ตรอก / ซอย
,	•	
		โทรศัพท์มือถือ
		าพเจ้าเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ
-	มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบ มือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้ว	บตามที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่ง วยตนเองทุกประการ
	(ผู้มอบอำนาจ)
		ผู้รับมอบอำนาจ)

ส่วนที่ ๓

หนงสอรบรองการพกอาศยอยูจรงในพนทกรุงเทพมหานคร
สถานะผู้รับรอง
🔾 เจ้าบ้าน 🔾 ผู้นำชุมชน 🔾 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
🔾 อาสาสมัครสาธารณสุข 🔾 อื่น ๆ ระบุ
ขอรับรับรองว่า
ชื่อ-สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ค.ช., ค.ญ.)
* ` ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' ' '
ได้พักอาศัยอยู่จริงในบ้าน / สถานที่ทำงาน
อยู่บ้านเลขที่หมู่ที่ตรอก / ซอย
ถนน ตำบล / แขวง
อำเภอ / เขต
ซาเมช / เมต
•
สถานศึกษา
แขวงขตจังหวัด
ลงชื่อผู้รับรอง
()
การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบ
ในความเสียหาย ขอให้ย้ายทะเบียนบ้านให้ตรงกับที่พักอาศัยอยู่จริงโดยเร็ว
ส่วนนี้ผู้ขอลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน
(กรณีส่งบัตรให้ตามที่อยู่ทางไปรษณีย์)
หน่วยรับคำร้อง
วันที่ลง
ชื่อสกุล (ผู้ขอลงทะเบียน)
รหัสบัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)
เลขที่เครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัว
หน่วยบริการรับส่ง
💠 หลังจากยื่นคำร้อง สำนักงานจะตรวจสอบว่าท่านไม่มีสิทธิใด หรือมีการขอ
ลงทะเบียนซ้ำซ้อน
💠 เอกสารนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้ต้องตรวจสอบสิทธิก่อนใช้
บริการ (โทร 1330 กด 2 และกดเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก)
🔾 หลังวันที่ 17 ของเดือน 🧼 หลังวันที่ 30 ของเดือน
💠 ถ้าท่านได้รับสิทธิสำนักงานจะส่งบัตรทองไปให้ที่บ้าน หากยังไม่ได้รับบัตรภายใน
30 วัน ให้ติดต่อสอบถามจากจุดที่ท่านยืนคำร้อง
ชื่อเจ้าหน้ารับเอกสาร

เบคร์โทรศัพท์ติดต่อ.

F-WI-RH-MR-001/01,Rev.00

แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร สารเคมี / สารที่บรังสี) เลขที่ใบต่างค้าว ประเทศ คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ค.ช. ค.ญ. อื่น ๆ (ชื่อภาษาไทย) ชื่อ นามสกุล (ชื่อภาษาอังกฤษ) First Name						
อาชีพ						
สัญชาติ	ศาสนา	สถานภาพ	พการสมรส		ก	ารศึกษา
□ ไทย□ จีน□ อื่น ๆ ระบุ	 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ ระบุ 	 □ โสด □ คู่ □ หย่า □ หม้าย 		มัธปริ	ะถมศึกษา ยมศึกษาตอนปลา ญญาตรี ญญาเอก	มัธยมศึกษาตอนต้นปวช./ ปวส./อนุปริญญาปริญญาโทอื่นๆ ระบุ
ชื่อมารคาผู้ป่วย ชื่อสามี / ภรรยา บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) หมู่					โทรศัพท์	
ชื่อผู้ติดต่อ	ถนน อำเภอ/เขต .				ที่บ้าน ที่ทำงาน มือถือ	ของผู้ป่วย โทรศัพท์
รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพแ ความจริงและอาจจะทำให้เกิด	ละข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่ กความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรื ระวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อค	อื่อการมีเวชร อี่อบุคคลอื่น ช้เพื่อการศึก เวามดังกล่าว	ระเบียนและก ข้าพเจ้ายินย หา วิจัย หรือ วแล้ว จึงลงชื่	ารตรวจ เอมรับผิด การพัฒ อไว้เป็นา	รวจสอบจากฐานจ๋ รักษา หากมีข้อมู ลชอบ ในความเสี นาคุณภาพของโร	ข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ มูลใดไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับ ยหายที่เกิดขึ้นทุกประการ งพยาบาลฯ

วัน / เดือน / ปี.....



โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบแสดงเจตจำนงขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

^{लिं} गोर्बाहर्निर्डर ।							
ส่วนที่ 1	ข้อมูลผู้ป่วย						
เลขประจำตัวบัตรประชาชน			เชื้อชาติ	กิ 🗆 ไทย	สัญชาติ 🗆	ไทย	ศาสนา 🗆 พุทธ
				 ิจิน] จีน	
				่ □อินเดีย			่□อิสลาม
เลขที่ใบต่างด้าว/Passport		•••••	📗 🗆 อื่น	ໆ	🗌 อื่น ๆ		🗌 อื่น ๆ
คำนำหน้าชื่อ 🗌 นาย 🔲 นาง [-					
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ	นาม	มสกุล			ชื่อกลาง(ถึ	า์มี)	
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)							
	คือน/ปีเกิด						
ชื่อ-สกุลบิคาผู้ป่วย		ชื่	อ-สกุลมา	รดาผู้ป่วย			
ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่	หมู่	หมู่ร	บ้าน		 โทรศัพท์บ้าน	ı	
ซอย	ถนน	•••••			โทรศัพท์มือถึ	วื้อ	
ตำบล /แขวง	อำเภอ/เขต				โทรศัพท์ที่ทำ	างาน	
จังหวัด	รหัสใว	ปรษณีย์ <u></u>			Email	·····	
ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน						 ป็น	ของผู้ป่วย
โทรศัพท์บ้าน	โทรศัพท์มือถือ .			โท	เรศัพท์ที่ทำงา	าน	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข <u>้</u>	ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกั	ับความจริงทุ	กประการ	และยินยอมให้	โรงพยาบาลศิร	ริราชตรวจล	อบจากฐานข้อมูลทาง
ทะเบียนใด ๆ ของรัฐ ฯ รวมถึงอนุถุ	บูาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ <u>้</u>	, าเพื่อการมีเว	ชระเบียนแ	ละการตรวจรักเ	ษา หากมีข้อมูเ	ลใด ไม่ถูกต้	้องหรือไม่ตรงกับ
ความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเ	สียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุค	าคลอื่น ข้า	พเจ้ายินยอ	มรับผิดชอบ ใน	ความเสียหาย	ที่เกิดขึ้นทุก	ประการ
ลงชื่อ			D 6	งู้ป่วย 🗌 อื่น	ๆ เกี่ยวข้องเป็	ป็น	ของผู้ป่วย
วัน/	(เดือน/ปี	·····					
ส่วนที่ 2		สำหรับ	บเจ้าหน้า	ที่ผู้บันทึก			
เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN)	การดึงทะเบียนราษฎร์	การถ่ายภา	พผู้ป่วย	สิทธิการรักษา	าพยาบาล		
	🗆 ออนไลน์	🗌 ถ่ายภา		 ชำระเงินเ	นเอง 🗌 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(มีใบส่งตัว)		
	🗆 ออฟไลน์	🗌 🗆 ไม่ถ่าย	ไม่ถ่ายภาพ 🛮 🗆 ข้าราชก				
🗆 ผู้ป่วยเก่าติด Scan	🗌 คึงข้อมูลไม่ได้	อมูลไม่ได้ 🔲 รัฐวิสาหกิจ 🗀 อื่น ๆระบุ					
ผู้ดำเนินการทำบัตรโรงพยาบาล							
🗌 ผู้ดำเนินการแทนชื่อ-นามสกุล							
🗌 ผู้ป่วยติคต่อเอง	ลงชื่อเจ้า	าหน้าที่เวชระ	ะเบียน	······		<u></u>	เวลา
		หน่วย	ฅรวจ				
🗌 ออร์โซปิคิกส์	🗆 แพทย์เวร		🗌 อุบัติ	เหตุ		🗌 กุมาร	เวชศาสตร์
🗌 อายุรศาสตร์	🗌 ศัลยศาสตร์		🗌 สูติศ	าสตร์		นรีเว	ชวิทยา
🗌 จักษุวิทยา	🗆 หู คอ จมูก		🗆 จิตเวชเด็กและวัยรุ่น 🔲 จิตเวชศาสตร์			ชศา สตร์	
🗌 ผิวหนัง (ตจวิทยา)	🗌 ทันตกรรม			ารสุขภาพและโ	ัภชนาการ	 อื่น ๆ	ระบุ

หลักสูตร
คณะ
รหัสนักศึกษา



โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล แบบฟอร์มขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

เพื่อความถูกต้องและรวดเร็ว กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน

🗆 นาย 🗆 นาง 🗆 นางสาว 🗆 ค.ช. 🗆 ค.ญ. 🏻 อื่นๆ ระบุ
ชื่อ-นามสกุลพ.ศอายุปี
เลขที่บัตรประชาชนผู้ป่วยสถานะภาพครอบครัว 🗆 โสด 🗆 สมรส 🗆 หย่า 🗀 หม้าย 🗆 แยก
สัญชาติศาสนาอาชีพ
ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาล
🗌 จ่ายเงินเอง 🔲 เบิกกรมบัญชีกลาง 🦳 พนักงานรัฐวิสาหกิจ 🔲 บัตรทอง ระบุชื่อรพ
บัตรประกันสังคม ระบุชื่อรพนักสึกษา ม.มหิดล คณะ
อื่นๆ ระบุ
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้ำน เลขที่หมู่ที่ถนนตรอก/ซอยตรอก/ซอย
ตำบล/แขวงอำเภอ/เขต
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่หมู่ที่ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะควก
ชื่อ-สกุล บิดาของผู้ป่วยชื่อ-สกุล มารดาของผู้ป่วย
ชื่อ-สกุลคู่สมรสของผู้ป่วย
ชื่อผู้ติดต่อได้
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมคนี้ถูกต้องกับความจริงทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้าอนุญาตให้เปิดเผย
ผลการรักษา เพื่อนำไปใช้ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล หากมีข้อมูลใคไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและ
อาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุก
ประการ
ข้าพเจ้า 🗆 ยินยอม 🗀 ไม่ยินยอม ให้นำข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อาทิเช่น ประวัติ การ
·
รักษา และภาพรังสีไปใช้ประกอบการเรียน การสอน การวิจัย และเผยแพร่เชิงวิชาการ
ลงชื่อของผู้ป่วย / ผู้ให้ข้อมูล (เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย) วันที่



เอกสารลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

H.N.	
------	--

โปรดกรอกข้อความและทำเครื่องหมาย 🗸 ในช่อง 🗆 ให้ครบถ้วน

คำนำหน้า (Prefix) 🔲นาย (Mr.) 🔲 นาง(Mrs.) 🔲 นางสาว (Miss) 🔲 ค.ช. (Boy)) 🔲 ค.ญ.(Girl) 🔲 อื่นๆ(Other)
ชื่อ/นามสกุลภาษาไทย	เพศ (Gender) 🔲 ชาย (Male) 🔲 หญิง (Female)
English Name/ Surname	สถานภาพสมรส (Marital Status)
- - -	□ โสด(Single) □ สมรส (Married) □ แยก (Separated)
	🗆 หย่า (Divorced) 🗆 หม้าย (Widowed) 🔲 นักบวช (Priest)
	เชื้อชาติ (Race) สัญชาติ(Nationality)
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	ศาสนา (Religion)หมู่เลือด (Blood group)
	อาชีพผู้ป่วย (Occupation)
มารดา (Mother's Name)	
คู่สมรส (Couple)	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Permanent Address)	
เลขที่ (Address)หมู่ (Moo)/หมู่บ้าน(Village)	
ถนน (Street.)ต่ำบล/แขวง (Sub District)	
จังหวัด(City)รหัสไปรษณีย์(Postal Code)	
โทรศัพท์ (Telephone)โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)	
ที่อยู่ป ัจจุบัน (Present Address) 🔲 เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Same as Per	•
เลขที่ (Address)หมู่ (Moo)/หมู่บ้าน(Village)	უმს (Soi)
ถนน (Street.)ต่ำบล/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)
ที่อยู่ผู้ที่ติดต่อได้ (Address) 🔲 เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Same as Permanent	Address) 🔲 เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน (Same as Present Address)
🗌 อื่นๆ ระบุ(Other Specify)	
โทรศัพท์ (Telephone)	โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)
สิทธิการรักษา (Financial right)	ประวัติแพ้ยา (Drug Allergy)
🔲 ผู้ป่วยทั่วไป (ชำระเงินเอง Cash payments)	☐ ไม่แพ้ (No Allergic)
🔲 ต้นสังกัด (Agency) ชื่อหน่วยงานกรม/กอง	
🗆 รัฐวิสาหกิจ(State Enterprise) ชื่อหน่วยงาน	
🗆 ประกันสังคม (Social Security) ชื่อรพ	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Universal Coverage Scheme)ชื่อรพ	(00 = 00)
นักศึกษาม.มหิดล(Student Mahidol)คณะ/วิทยาลัย	888 (140 Discuses)
🗌 อื่นๆโปรดระบุ (Other Specify)	— ж «намари ван (1 cs specify)
้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบุคคลทั้งหมดนี้ ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการและ	ยิวเยอง .
ให้ตรวจสอบฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวช	สำหรับเจ้าหน้าที่ ระเบียน
ในการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ	ส่งตรวจคลินิกน.
ลงชื่อ(Signature)	ว่าส่ง (Relative)



รหัสประจำตัว	หลักสูตร

รูปถ่าย

บัตรสุขภาพนักศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล

	เข้าศึกษาระดับ
	ต่ำกว่าปริญญาตรี
	ปริญญาตรี
	บัณฑิตศึกษา
ส่วนงา	าน

_ ขอมูลทวเบ					
ชื่อ – นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)					ปี
วันเดือนปีเกิด	สัญชาติ		ศาสนา		-
ที่อยู่ปัจจุบัน					
ที่อยู่ตามภูมิลำเนา	ตำบล	อำเภ	อจังหร	วัด	-
ชื่อบิดา	มีชีวิต	ถึงแก่กรรม	เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก		
ชื่อมารดา	มีชีวิต	ถึงแก่กรรม	เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก		-
ชื่อผู้ปกครอง	เกี่ยวข้องเป็น		เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก		
ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน (สามารถระบุได้มาก	กว่า 1 คน)				
1)			เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก		
2)			เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก		
3)			เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวก		-
เคยเดินทางไป		(ต่าง	ป <i>ระเทศ</i>) เมื่อวันที่เดื	ื่อนพ.ศ	
มีความบกพร่องทาง	โดยมีอุา	ปกรณ์ที่ใช้อยู่		สำหรับช่วยเหลือ	

– ข้อมูลด้านสุขภาพ	 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล
น้ำหนักกก. ส่วนสูงซม.	ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)
ดัชนีมวลกาย (BMI)	องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต., อบจ. ฯลฯ)
(ข้อมูล ณ วันที่	วัฐวิสาหกิจ
หมู่เลือด โรคประจำตัว	ประกันสังคม
ประวัติการแพ้ยา	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ประวัติความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (เช่น เบาหวาน ความดัน	สิทธิผู้พิการ
โลหิต มะเร็ง ทาลัสซีเมีย เม็ดเลือดแดงแตกง่าย เลือดออกง่าย)	อื่นๆ
เคยรับวัคซีน	(ณวันที่)

แผ่นการรักษาของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

รหัสประจำตัว แผ่นที่ หลักสูตร / แผ่นที่					
วันที่ตรวจ	อาการที่เป็น และสิ่งที่ตรวจพบ	การวินิจฉัย	การรักษา	หมายเหตุ	
					
<u> </u>				<u> </u>	
					
-					
					
				<u> </u>	
	200		14 1 00 91 14 91	24 0	

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

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง	
	

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ		

	ı
	ı

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ	
	100
-	
8	