



รูปถ่าย

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 ความดัน

โลหิต มะเร็ง ทาลัสซีเมีย เม็ดเลือดแดงแตกง่าย เลือดออกง่าย).....

.....

เคยรับวัคซีน.....

สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล

- ☐ ข้าราชการ (กรมบัญชีกลาง)
- ☐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาล, อบต., อบจ. ฯลฯ)
- ☐ รัฐวิสาหกิจ
- ☐ ประกันสังคม
- ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ☐ สิทธิผู้พิการ
- ☐ อื่นๆ.....

(ณ วันที่.....)