

## โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## แบบแสดงเจตจำนงขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

| <sup>จัดเป</sup> ็กสู่ครู่ครูราบั <sup>ช</sup>   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
|--|--|---------------------------|-------------|------------------------|---|----------|----------------|--|
| ส่วนที่ 1  | ท่วนที่ 1  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| เลขประจำตัวบัตรประชาชน   |  |                           | เชื้อชาติ   | กิ 🗆 ใทย               | สัญชาติ                                       | ไทย      | ศาสนา 🗆 พุทธ   |  |
|  |  |                           |             | _<br>ิจิน              |   | ] จีน    |                |  |
|  | <u> </u>   |                           |             | ่ □อินเดีย             |   | ]อินเดีย | ่□อิสลาม       |  |
| เลขที่ใบต่างด้าว/Passport  |  |                           | 📗 🗆 อื่น    | ៗ                      | 🗆 อื่นๆ                                       |          | 🗌 อื่น ๆ       |  |
| คำนำหน้าชื่อ 🗆 นาย 🔲 นาง 🗆 นางสาว 🔲 ค.ช. 🗆 ค.ญ. 🗆 อื่น ๆ   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ นามสกุล ซื่อกลาง(ถ้ามี)   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| เพศ 🗌ชาย 🔲หญิง วัน/เดือน/ปีเกิดอายุปี อาชีพ  |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ชื่อ-สกุลบิดาผู้ป่วย ชื่อ-สกุลมารดาผู้ป่วย   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลงที่   | ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่หมู่หมู่บ้านโทรศัพท์บ้าน |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ซอย  | ถนน  |                           |             |                        | โทรศัพท์มือถือ                                |          |                |  |
| ตำบล /แขวง   | อำเภอ/เขต  |                           |             |                        | โทรศัพท์ที่ทำงาน                              |          |                |  |
| วังหวัดรหัสไปรษณีย์  |  |                           |             |                        | Email   |          |                |  |
| ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุลเกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| โทรศัพท์บ้านโทรศัพท์มือถือโทรศัพท์ที่ทำงาน   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลศิริราชตรวจสอบจากฐานข้อมูลทาง               |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ทะเบียนใด ๆ ของรัฐ ฯ  รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใด ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับ |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ          |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ลงชื่อของผู้ป่วย 🗆 อื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| วัน/เคือน/ปี   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN)   | การดึงทะเบียนราษฎร์  | การถ่ายภา                 | เพผู้ป่วย   | สิทธิการรักษา          |   |          |                |  |
|  | 🗆 ออนไลน์  | 🗌 ถ่ายภา                  | 🗆 ถ่ายภาพ 🕒 |                        | าระเงินเอง 🗌 ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(มีใบส่งตัว) |          |                |  |
|  | 🗆 ออฟไลน์  | 🗌 ไม่ถ่ายภาพ 📗 ข้าราช     |             | 🗌 ข้าราชการ            | าร 🔲 ประกันสังคมศิริราช/ร.พ.อื่นมีใบส่งตัว    |          |                |  |
| 🗆 ผู้ป่วยเก่าติด Scan  | 🗌 คึ่งข้อมูลไม่ได้   |                           | 🗆 รัฐวิสาช  |                        | เกิจ 🗌 อื่น ๆระบุ                             |          |                |  |
| ผู้ดำเนินการทำบัตรโรงพยาบาล  |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| -<br>ผู้คำเนินการแทนชื่อ-นามสกุล   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| 🗆 ผู้ป่วยติดต่อเอง ลงชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน   |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| หน่วยตรวจ  |  |                           |             |                        |   |          |                |  |
| 🗆 ออร์โซปิดิกส์  | 🗌 แพทย์เวร 🔲 อุบั  |                           |             | เหตุ                   |   | 🗌 กุมาร  | เวชศาสตร์      |  |
| 🗌 อายุรศาสตร์  | 🗌 ศัลยศาสตร์   | ลยศาสตร์                  |             | 🔲 สูติศาสตร์           |   | 🗌 นรีเว  | ชวิทยา         |  |
| 🗌 จักษุวิทยา   | 🗆 หู คอ จมูก   |                           | 🗌 จิตเว     | 🗌 จิตเวชเด็กและวัยรุ่น |   | 🗌 จิตเวร | <b>ชศาสตร์</b> |  |
| 🗌 ผิวหนัง (ตจวิทยา)  | 🗌 ทันตกรรม   | 🗆 บริการสุขภาพและโภชนาการ |             |                        | 🗌 อื่น ๆ                                      | ระบุ     |                |  |