

สำคัญ นักศึกษาทุกคนต้องดำเนินการตามเอกสารชุดนี้ เพื่อให้มหาวิทยาลัยมหิดลดำเนินการด้านสิทธิการรักษาพยาบาลของนักศึกษา

1. นศ. ที่มีสิทธิเบิกจ่ายตรงของผู้ปกครอง มหาวิทยาลัยมหิดลจะเปลี่ยนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อนักศึกษาอายุครบ 20 ปี
2. นศ. ที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สถานพยาบาลอื่นๆ (บัตรทอง/ 30 บาท) หรือ สิทธิอื่นๆ
 - 2.1. นศ. ควรย้ายมาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการและเพื่อสิทธิประโยชน์ของ นศ.
 - 2.2. นศ. ที่ไม่ประสงค์เปลี่ยนสถานที่รับบริการ (กรณีมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อื่นๆ) ให้เขียนข้อความว่า “ ***ไม่ประสงค์ย้ายหน่วยบริการ** ” ที่ด้านบนซ้ายของแบบฟอร์ม โดยไม่ต้องลงชื่อ และจัดส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อตรวจสอบ
 - 2.3. นศ. ที่มีสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิของพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม และอื่นๆ ขอให้เขียนด้านบนขวาของแบบฟอร์มว่า “ **ปัจจุบันมีสิทธิ...(เดิมสิทธิที่ตนมี)...อยู่** ” ก่อนจัดส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดล
3. หาก นศ. ไม่ได้ดำเนินการตามข้างต้น สามารถติดต่อ **เปลี่ยนแปลงสิทธิได้ภายในเดือนแรกของการเปิดปีการศึกษา** โดยติดต่อได้ที่ “กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น 3 ศูนย์การเรียนรู้มหิดล มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา”
4. เมื่อนักศึกษาสิ้นสุดสถานะการเป็นนักศึกษาทุกกรณี มหาวิทยาลัยมหิดลจะดำเนินการคืนสิทธิการรักษาพยาบาลของนักศึกษา กลับไปยังสถานพยาบาลเดิมก่อนที่จะย้ายมาสถานพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

ให้นักศึกษาใหม่ ดำเนินการขึ้นทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาลดังนี้

1. พิมพ์แบบฟอร์มประกันสุขภาพถ้วนหน้า และดำเนินการดังนี้
 - 1.1. (เฉพาะนักศึกษาที่สามารถเบิกจ่ายตรงจากสิทธิผู้ปกครองได้) ให้สังเกตที่แบบฟอร์มตรงมุมด้านล่างซ้าย จะมีข้อความว่า “**รอเปลี่ยนสิทธิอายุ 20 ปี**” ปรากฏอยู่
 - 1.2. ตรวจสอบรายละเอียดจากที่ระบบเพิ่มให้ว่าถูกต้องหรือไม่ หากไม่มีที่อยู่ขึ้นให้นักศึกษากรอกข้อมูลใน E-profile พร้อมบันทึกให้เรียบร้อยก่อน จากนั้นจึงดาวน์โหลดแบบฟอร์มใหม่อีกครั้ง
 - 1.3. **นักศึกษาลงชื่อตนเองให้เรียบร้อย**
2. ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่นักศึกษาพิมพ์ออกมาพร้อมแบบฟอร์ม (อยู่ในแผ่นสุดท้ายของเอกสารที่นักศึกษาดาวน์โหลด) โดยเอกสารที่ต้องส่งให้มหาวิทยาลัยมหิดลประกอบด้วย 2.1 – 2.2
 - 2.1. หนังสือแสดงเจตนาในการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ (แบบฟอร์มที่พิมพ์ออกมาจากระบบฯ)
 - 2.2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของนักศึกษาจำนวน 1 ฉบับ **พร้อมรับรองสำเนาให้เรียบร้อย**

หมายเหตุ กรณีนักศึกษาประสงค์สอบถามว่าเอกสารจัดส่งมาถึงหรือไม่? สามารถสอบถามได้ที่ “**คณะ/วิทยาลัย**” ที่ตนเข้าศึกษาซึ่งมีหมายเลขติดต่อและผู้ประสานงานในเอกสารที่พิมพ์ออกมาพร้อมแบบฟอร์ม

สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

- * Facebook Fanpage โดยค้นหาคำว่า MahidolHealth หรือตาม QR Code
- * วันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น. วันและเวลาราชการ ติดต่อได้ที่หมายเลข 0 2849 4503 – 4 หรือ กองกิจการนักศึกษา ชั้น 3 ศูนย์การเรียนรู้มหิดล
- * วันเสาร์ – อาทิตย์ และนอกเวลาราชการ ฝากข้อซักถามได้ที่ mahidolhealth@mahidol.edu จะมีบุคลากรของมหาวิทยาลัยติดต่อกลับไป



MahidolHealth



**หนังสือแสดงเจตนาในการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ
และมอบอำนาจให้มหาวิทยาลัยมหิดลกระทำการแทนนักศึกษาที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

ข้าพเจ้าในฐานะเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล คณะ.....
หลักสูตร ชั้นปีที่ รหัสนักศึกษา
ชื่อ ประจำตัวประชาชนเลขที่
วัน/เดือน/ปี/เกิด อายุ ปี
ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย..... ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ

ข้าพเจ้าประสงค์ขอย้ายสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานพยาบาลเดิม เป็นสถานพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ตามเงื่อนไขที่มหาวิทยาลัยกำหนด ได้แก่ ☐ โรงพยาบาลศิริราช / ☐ โรงพยาบาลรามธิบดี จนเมื่อข้าพเจ้าพ้นสภาพการเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อใด ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ทางมหาวิทยาลัยมหิดลส่งชื่อข้าพเจ้าให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำไปยังหน่วยบริการเดิมที่ข้าพเจ้าเคยมีสิทธิอยู่อย่างไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งนี้ได้แนบเอกสาร

☐ สำเนาบัตรประจำประชาชน

☐ บัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

อนึ่งข้าพเจ้าทราบดีว่าการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำครั้งนี้ถือเป็นการชั่วคราว เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพในขณะที่ศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยมหิดล และข้าพเจ้าเต็มใจย้ายหน่วยบริการกลับที่เดิม เมื่อสิ้นสุดสภาพการเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว โดยมอบอำนาจให้ทางมหาวิทยาลัยมหิดล และสถานพยาบาลในสังกัดร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการแทน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

นักศึกษา

จนท. ผู้รับมอบอำนาจ

วันที่.....เดือน.....ปี.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ

1. หนังสือฉบับนี้เป็นการตกลงจัดทำขึ้นด้วยความเห็นชอบของมหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลทุกคนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถใช้และยอมรับเงื่อนไขในหนังสือฉบับนี้ โดยสมัครใจ
3. การลงนามในหนังสือฉบับนี้จะมีผลผูกพัน ทั้งการย้ายหน่วยบริการเป็นโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล และการย้ายหน่วยบริการกลับไปยังที่เคยมีสิทธิหรือตามภูมิลำเนาเดิมของนักศึกษา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยระยะเวลาการเปลี่ยนย้ายสถานพยาบาลเป็นไปตามรอบเวลาของการเปลี่ยนสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการดำเนินการของมหาวิทยาลัย ซึ่งใช้เวลาไม่เกินหนึ่งเดือนหลังจากพ้นสภาพการเป็นนักศึกษาแล้ว

ส่วนที่ 1

รหัสนักศึกษา.....

หน่วยคำร้อง.....

หลักสูตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คณะ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)

เลขประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย

ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

☐ ไม่เคยลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ หหมดสิทธิจากสิทธิ

☐ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

☐ อื่นๆ ระบุ

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้อยู่ในระหว่างพักอาศัยอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.รามาธิบดี

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ..... รพ.รามาธิบดี

หน่วยบริการประจำ..... รพ.รามาธิบดี

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากรับคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ..... จนท. ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นต้นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

☐ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

☐ สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่

☐ กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้ หนังสือรับรองของเจ้าหน้าหรือหนังสือรับรองผู้นำชุมชนหรือหนังสือรับรองผู้นำจ้างหรือนายจ้าง หรือเอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับ/เงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ

☐ กรณีมอบอำนาจ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน แขวง

เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัย

สถานะ

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ นายจ้าง

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ)

ขอรับรองว่า (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)

.....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย

ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรศัพท์มือถือ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง

วัน/เดือน/ปีที่ขอลงทะเบียน

ชื่อ – สกุล (ผู้ลงทะเบียน)

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

หน่วยบริการประจำ จังหวัด

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง)

โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 1

รหัสนักศึกษา.....

หน่วยคำร้อง.....

หลักสูตร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คณะ.....

1. รายละเอียด / ประวัติส่วนตัวของผู้ลงทะเบียน

1.1 ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)

เลขประจำตัวประชาชน

วัน / เดือน / ปีเกิด.....อาชีพ.....

1.2 ที่อยู่จริง

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย

ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรมือถือ.....

2. เหตุผลการขอลงทะเบียน

☐ ไม่เคยลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

☐ หหมดสิทธิจากสิทธิ

☐ มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่ต้องการเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ

☐ อื่นๆ ระบุ

3. คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าขณะยื่นคำร้องขอลงทะเบียนนี้ ข้าพเจ้ามิได้อยู่ในระหว่างพักรักษาตัวอยู่ในหน่วยบริการ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอลงทะเบียนเลือกเครือข่ายหน่วยบริการ ดังนี้

หน่วยบริการปฐมภูมิรพ.ศิริราช.....

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....รพ.ศิริราช.....

หน่วยบริการประจำ.....รพ.ศิริราช.....

4. ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากรับคำรับรองไม่เป็นความจริงจะส่งผลให้การ

ลงทะเบียนนี้เป็นโมฆะและหากมีความเสียหายข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ

5. ข้าพเจ้าเก็บส่วนท้ายของแบบคำร้องนี้ไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียน

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ลงทะเบียนแทน (ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....) เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ..... จนท. ผู้ตรวจสอบเอกสาร

(.....)

ส่วนที่ 2 หลักฐานที่ต้องยื่นมากับคำร้องลงทะเบียน

(เอกสารที่เป็นต้นฉบับสำเนาต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ที่มีเลขประจำตัวประชาชนและรูปถ่ายติดอยู่

☐ สำเนาสูติบัตร (กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)

☐ สำเนาทะเบียนบ้านที่ผู้ลงทะเบียนมีชื่ออยู่

☐ กรณีผู้ลงทะเบียนพักอาศัยไม่ตรงทะเบียนบ้าน ให้แสดงหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่แสดงว่าตนมีถิ่นที่อยู่หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่นั้นๆ ดังนี้ หนังสือรับรองของเจ้าหน้าหรือหนังสือรับรองผู้นำชุมชนหรือหนังสือรับรองผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง หรือเอกสารหรือหลักฐานอื่น เช่น ใบเสร็จรับเงินค่าสาธารณูปโภค ใบเสร็จรับ/เงินค่าเช่าที่พัก สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ

☐ กรณีมอบอำนาจ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

☐ อื่นๆ ระบุ.....

หนังสือมอบอำนาจ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน แขวง

เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....แขวง.....

เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อดำเนินการขอลงทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือนี้เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรองการพักอาศัย

สถานะ

☐ เจ้าบ้าน ☐ ผู้นำชุมชน ☐ นายจ้าง

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, น.ส., อื่นๆ)

ขอรับรองว่า (นาย, นาง, นางสาว, ดช., ดญ., อื่นๆ)

.....

พักอาศัยอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย

ถนน ตำบล / แขวง

อำเภอ / เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทร โทรศัพท์มือถือ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

การรับรองเอกสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

ผู้รับรองอาจต้องรับผิดชอบในความเสียหาย



(ส่วนนี้ตัดให้ผู้ลงทะเบียนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

จุด/หน่วยรับคำร้อง

วัน/เดือน/ปีที่ขอลงทะเบียน

ชื่อ – สกุล (ผู้ลงทะเบียน)

เลขประจำตัวประชาชน (ผู้ลงทะเบียน)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

หน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

หน่วยบริการประจำ จังหวัด

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน (ตัวบรรจง)

โทรศัพท์จุด/หน่วยรับลงทะเบียน

มีข้อสงสัยสอบถาม โทร 1330 ได้ทุกวัน ตลอด 24 ชั่วโมง

แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน		เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร / สารเคมี/ สารที่บ่งชี้)	
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div> ไม่เคยแพ้ <div></div> แพ้ (ระบุ)</div> <div>.....</div> <div>.....</div>	
เลขที่ใบต่างด้าว			
ประเทศ			
คำนำหน้าชื่อ <div><div></div> นาย <div></div> นาง <div></div> นางสาว <div></div> ด.ช. <div></div> ด.ญ. <div></div> อื่น ๆ</div> <div>(ชื่อภาษาไทย) ชื่อ</div> <div>(ชื่อภาษาอังกฤษ) First Name.....Middle NameLast Name</div> <div>เพศ <div></div> ชาย <div></div> หญิง วัน เดือน พ.ศ. เกิด/...../..... อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด</div> <div>ประเทศ</div> <div>อาชีพ.....ตำแหน่ง/หน้าที่.....</div>			
สัญชาติ	ศาสนา	สถานภาพการสมรส	การศึกษา
<div><div></div> ไทย</div> <div><div></div> จีน</div> <div><div></div> อื่น ๆ ระบุ.....</div>	<div><div></div> พุทธ</div> <div><div></div> คริสต์</div> <div><div></div> อิสลาม</div> <div><div></div> อื่น ๆ ระบุ.....</div>	<div><div></div> โสด</div> <div><div></div> คู่</div> <div><div></div> หย่า</div> <div><div></div> หม้าย</div>	<div><div></div> ประถมศึกษา <div></div> มัธยมศึกษาตอนต้น</div> <div><div></div> มัธยมศึกษาตอนปลาย <div></div> ปวช./ ปวส./อนุปริญญา</div> <div><div></div>ปริญญาตรี <div></div>ปริญญาโท</div> <div><div></div>ปริญญาเอก <div></div> อื่นๆ ระบุ.....</div>
ชื่อมารดาผู้ป่วย.....ชื่อบิดาผู้ป่วยชื่อสามี / ภรรยา.....			
บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้)		โทรศัพท์	
หมู่ซอย..... ถนน		ที่บ้าน	
ตำบล /แขวง.....อำเภอ/เขต		ที่ทำงาน	
จังหวัดรหัสไปรษณีย์ <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		มือถือ	
		Email	
ชื่อผู้ติดต่อ เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย			
บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้)		โทรศัพท์	
หมู่ซอย..... ถนน		ที่บ้าน	
ตำบล /แขวง.....อำเภอ/เขต		ที่ทำงาน	
จังหวัดรหัสไปรษณีย์ <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		มือถือ	
		Email	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลรามาธิบดีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....

ผู้ป่วย ญาติ / ผู้นำส่ง

(.....)

วัน / เดือน / ปี.....



โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบแสดงเจตจำนงขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

ส่วนที่ 1	ข้อมูลผู้ป่วย			
เลขประจำตัวบัตรประชาชน		เชื้อชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> จีน <input type="checkbox"/> อินเดีย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input type="checkbox"/> จีน <input type="checkbox"/> อินเดีย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	ศาสนา <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ
เลขที่ใบต่างด้าว/Passport.....				
คำนำหน้าชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> ด.ช. <input type="checkbox"/> ด.ญ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ				
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ..... นามสกุล..... ชื่อกลาง(ถ้ามี)				
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....				
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี อาชีพ				
ชื่อ-สกุลบิดาผู้ป่วย..... ชื่อ-สกุลมารดาผู้ป่วย.....				
ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน.....		โทรศัพท์บ้าน		
ซอย..... ถนน		โทรศัพท์มือถือ		
ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต		โทรศัพท์ที่ทำงาน		
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Email		
ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย				
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์ที่ทำงาน				
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลศิริราชตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใด ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ</p> <p>ลงชื่อ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>				
ส่วนที่ 2	สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้บันทึก			
เลขที่บัตรโรงพยาบาล (HN)	การลงทะเบียนราษฎร์	การถ่ายภาพผู้ป่วย	สิทธิการรักษาพยาบาล	
.....	<input type="checkbox"/> ออนไลน์ <input type="checkbox"/> ออฟไลน์ <input type="checkbox"/> ดึงข้อมูลไม่ได้	<input type="checkbox"/> ถ่ายภาพ <input type="checkbox"/> ไม่ถ่ายภาพ	<input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(มีใบส่งตัว) <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> ประกันสังคมศิริราช/ร.พ.อื่นมีใบส่งตัว <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเก่าติด Scan				
ผู้ดำเนินการทำบัตรโรงพยาบาล				
<input type="checkbox"/> ผู้ดำเนินการแทนชื่อ-นามสกุล..... เลขที่บัตรประชาชน				
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยติดต่อเอง ลงชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เวลา				
หน่วยตรวจ				
<input type="checkbox"/> ออร์โธปิดิกส์	<input type="checkbox"/> แพทย์เวร	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> กุมารเวชศาสตร์	
<input type="checkbox"/> อายุรศาสตร์	<input type="checkbox"/> ศัลยศาสตร์	<input type="checkbox"/> สูติศาสตร์	<input type="checkbox"/> นรีเวชวิทยา	
<input type="checkbox"/> จักษุวิทยา	<input type="checkbox"/> หู คอ จมูก	<input type="checkbox"/> จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	<input type="checkbox"/> จิตเวชศาสตร์	
<input type="checkbox"/> ผิวหนัง (ตจวิทยา)	<input type="checkbox"/> ทันตกรรม	<input type="checkbox"/> บริการสุขภาพและโภชนาการ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	





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.....



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)



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..... โดยมีอุปสรรคที่ใช้อยู่..... สำหรับช่วยเหลือ

ข้อมูลด้านสุขภาพ

น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม.
ดัชนีมวลกาย (BMI).....
(ข้อมูล ณ วันที่.....)
หมู่เลือด.....โรคประจำตัว.....
ประวัติการแพ้ยา.....
ประวัติความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต มะเร็ง ทาลัสซีเมีย เม็ดเลือดแดงแตกง่าย เลือดออกง่าย).....
เคยรับวัคซีน.....

สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนบุคคล

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

(ณ วันที่.....)

แผนการรักษาของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

รหัสประจำตัว

--	--	--	--	--	--	--

หลักสูตร /

แผ่นที่.....

[illegible]

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

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง

☐☐☐☐☐

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

ชื่อและที่อยู่ผู้ฝากส่ง

☐☐☐☐☐

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

☐☐☐☐☐