



ฉบับ

เอกสารลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

H.N.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน(ID CARD NO)

เลขที่ใบต่างตัว / Passport No

Grid for ID Card No

ชื่อ/นามสกุล นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. (Name/ Surname Mr. /Mrs. /Miss. /Boy /Girl)

วัน/เดือน/ปีเกิด (Date of birth) อายุ (Age)ปี หมู่เลือด (Blood group) ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ (Unknown)

สถานภาพ (Marital Status) โสด (Single) สมรส (Married) อื่นๆ (Other)..... อาชีพผู้ป่วย (Occupation)

ชื่อ-สกุล บิดาผู้ป่วย (Father's Name)

ชื่อ-สกุล มารดาผู้ป่วย (Mother's Name)

Table with 5 columns: เชื้อชาติ (Race), สัญชาติ (Nationality), ศาสนา (Religion), ประวัติแพ้ยา/สารอื่นๆ (Drug Allergy), โรคประจำตัว (Chronic Diseases)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Present Address)

เลขที่ (Address) หมู่ (Moo) หมู่บ้าน (Village)

ซอย (Soi) ถนน (Street)

ตำบล/แขวง (Sub District) อำเภอ/เขต (District)

จังหวัด (City) รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)

โทรศัพท์บ้าน (Telephone)

โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)

ยินดีให้ส่งข้อมูลข่าวสารผ่านอีเมลโปรดระบุ (E-mail).....

(In Case Of Emergency contact)

ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล เกี่ยวข้องเป็น (Relationship) ของผู้ป่วย

ที่อยู่ผู้ติดต่อได้ (Address) เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน (Same as Present Address) อื่นๆ ระบุ (Other Specify)

โทรศัพท์ (Telephone) โทรศัพท์มือถือ (Mobile No.)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบุคคลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้ตรวจสอบฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ถ่ายภาพและใช้ภาพถ่ายของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนในการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ(Signature) ผู้ป่วย (Patient) อื่นๆ (Other) เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย
วันที่

หมายเหตุ :- โรงพยาบาลของคอกอบัตรโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยให้ใช้บัตรประชาชนในการติดต่อโรงพยาบาล

สำหรับเจ้าหน้าที่

Table with 6 columns for hospital staff registration: สิทธิการรักษาพยาบาล, ชำระเงินเอง, รัฐวิสาหกิจ, คู่สัญญา, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, อื่นๆ

ผู้ดำเนินการทำบัตรโรงพยาบาล

ผู้ดำเนินการแทน ชื่อ - นามสกุล เลขที่บัตรประชาชน

ผู้ป่วยติดต่อเอง ลงชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

ส่งตรวจคลินิก.....เวลา.....น.