



แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โปรดกรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ให้ครบถ้วนชัดเจน

ข้อมูลผู้ป่วย

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ตำแหน่ง.....ชื่อ.....ชื่อกลาง.....นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี เดือน.....วันเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา

เพศ ชาย หญิง อาชีพ

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย แยกกันอยู่ นักบวช

สภาพผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ไม่รู้สึกตัว

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ ซอย ถนน.....

ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์ (มือถือ) อีเมลล์.....

ชื่อ - นามสกุล บิดา ชื่อ - นามสกุล มารดา

ผู้ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

ที่อยู่ผู้ติดต่อได้

โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์ (มือถือ)

ผู้ติดต่อได้เกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา บุตร ภรรยา สามี

ญาติ เพื่อน ผู้ปกครอง นายจ้าง

อื่นๆ โปรดระบุ

สิทธิการรักษา

- เบิกราชการ หน่วยงาน.....
- เบิกรัฐวิสาหกิจ หน่วยงาน.....
- ประกันสังคม รพ.....
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.....
- นักศึกษา มธ. คณะ
- ประกันชีวิต ระบุ
- อื่นๆ.....

ประวัติการแพ้ยา

- ไม่เคยแพ้
- เคยแพ้ยา
- โปรดระบุ.....

หมู่เลือด

- A B O AB อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้อง ตรงกับความจริงทุกประการและยินยอมให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ตรวจสอบจากฐานข้อมูลภาครัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ป่วย ญาติ / ผู้นำส่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่

หลักฐานอ้างอิง บัตรประจำตัวประชาชน/ ทะเบียนบ้าน/สูติบัตร ข้อมูลได้จาก ผู้ป่วย

หนังสือเดินทาง ญาติ/ผู้นำส่ง

ทร.38 / ใบอนุญาตทำงาน อื่นๆ

ไม่มีบัตรมา

อื่นๆ

ลงชื่อ.....ผู้ซักประวัติ

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

ปรับปรุงครั้งที่ 10

วันที่ 1 ก.ย. 2555