

เอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน		สิทธิการรักษา <input type="radio"/> บัตรจ่ายตรง <input type="radio"/> ประกันสุขภาพ <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> บริษัทคู่สัญญา <input type="radio"/> ต้นสังกัด <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> อื่นๆ
เลขที่ใบต่างด้าว / Passport		
คำนำหน้าชื่อ <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> ด.ช. <input type="radio"/> ด.ญ. <input type="radio"/> อื่นๆ		
(ภาษาไทย) ชื่อ..... สกุล.....	(ภาษาอังกฤษ)	
First name Middle name Last name		
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	วัน เดือน ปี เกิด / /	อายุ ปี
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา		
สถานภาพสมรส <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย อาชีพ สังกัด		
ชื่อ/สกุลบิดาผู้ป่วย		
ชื่อ/สกุลมารดาผู้ป่วย		
ชื่อ/สกุล <input type="radio"/> สามีผู้ป่วย <input type="radio"/> ภรรยาผู้ป่วย		
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้		โทรศัพท์
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย		บ้าน
ถนน ตำบล/แขวง		มือถือ
อำเภอ/เขต จังหวัด		
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน		
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน		
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด		
ผู้ที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน หมายถึง ญาติหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน		
ชื่อ/สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย		
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย		โทรศัพท์
ถนน ตำบล/แขวง		บ้าน
อำเภอ/เขต จังหวัด		มือถือ
ประวัติการแพ้ (เช่น ยา อาหาร สารเคมี เป็นต้น) <input type="radio"/> แพ้ (ระบุ) <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ	โรคประจำตัว	หมู่เลือด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลทางทะเบียนใดๆ ทางกฎหมาย รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปและข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษาของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หากมีข้อมูลใดๆ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ผู้นำส่ง
 (.....) วันที่ / /