



ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่
New Patient Registration Form

เลขที่บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
ID Card No. / Passport No.											
คำนำหน้า <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"/> อื่นๆ ระบุ..... Mr. Mrs. Miss Boy Girl Other											
ชื่อผู้ป่วย						นามสกุล					
Patient 's Name						Surname					
เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		วัน/เดือน/ปี		/		/		อายุ		ปี	
Sex Male Female		Date Of Birth						Age		Years Old	
สัญชาติ (Nationality)			ศาสนา (Religion)			สถานภาพ (Status)			อาชีพ Occupation		
<input type="checkbox"/> ไทย (Thai)			<input type="checkbox"/> พุทธ (Buddhism)			<input type="checkbox"/> โสด (Single)			<input type="checkbox"/> หม้าย (Widowed) ระบุ(Identify).....		
<input type="checkbox"/> จีน (Chinese)			<input type="checkbox"/> คริสต์ (Christian)			<input type="checkbox"/> สมรส (Married)			<input type="checkbox"/> สมณะ (Priest)		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ (Other)			<input type="checkbox"/> อิสลาม (Islam)			<input type="checkbox"/> หย่า (Divorced)			<input type="checkbox"/> แยก (Separated)		
.....			<input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other).....								
<input type="checkbox"/> ใช้ที่อยู่ปัจจุบันตามบัตรประชาชน (Use the address in ID card)											
■ ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่			หมู่			หมู่บ้าน/อาคารชุด			ซอย		
Present Address No.			Moo			Village/Condominium			Soi		
ถนน		แขวง/ตำบล		เขต/อำเภอ		จังหวัด					
Street		Sub-District		District		Province					
รหัสไปรษณีย์		โทรศัพท์บ้าน		โทรศัพท์มือถือ		E-Mail Address					
Zip Code		Phone No.		Mobile Phone No.							
บุคคลที่ให้ติดต่อ (Person to Contact)											
ในกรณีติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ (เกี่ยวกับนัดหมาย) Secondary Contact for appointment						ในกรณีฉุกเฉิน Emergency Contact					
■ ชื่อ-นามสกุล : 1.....						■ ชื่อ-นามสกุล : 1.....					
Full Name 2.....						Full Name 2.....					
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น (Relationship).....						ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น (Relationship).....					
โทรศัพท์/Phone No. 1						โทรศัพท์/Phone No. 1 2					
โทรศัพท์/Phone No. 2						<input type="checkbox"/> บุคคลเดียวกับกรณีที่ไม่สามารถติดต่อได้ (Use My Secondary contact)					
■ ประวัติการแพ้ยา/อาหาร <input type="checkbox"/> แพ้ยา <input type="checkbox"/> แพ้อาหาร <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ยา/อาหาร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ระบุ.....											
Allergy History Drugs Food None I Don't know Identified											
■ ท่านต้องการให้แจ้งวันและเวลานัดหมายพบแพทย์โดยการ <input type="checkbox"/> ส่งข้อความ SMS <input type="checkbox"/> โทรแจ้ง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....											
I would like to be informed about appointment by SMS Call Other											
■ เหตุผลที่มาใช้บริการ (Reasons of your choice for our service)											
<input type="checkbox"/> ความมีชื่อเสียงของแพทย์			<input type="checkbox"/> มีการรักษาที่เฉพาะทาง			<input type="checkbox"/> ญาติ/เพื่อนแนะนำ			<input type="checkbox"/> ชื่อเสียงของโรงพยาบาล		
Doctor's Reputation			Specialized Service			Recommendations Friend and Family			Hospital Reputation		
<input type="checkbox"/> ค้นหาทางอินเทอร์เน็ต			<input type="checkbox"/> Website ของโรงพยาบาล			<input type="checkbox"/> Social media (Identify)					
Internet			Hospital's Website								
สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น (For Officer Only)											
ข้อมูลเหล่านี้ได้จาก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย				<input type="checkbox"/> ญาติ หรือผู้นำส่ง				การจัดแพทย์			
เอกสารที่ต้องการ				■ ใบรับรองแพทย์				<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> Request <input type="checkbox"/> Hospital			
				■ ใบรับรองแพทย์เพื่อเบิกค่ารักษา				<input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> Walk in			
■ อาการผู้ป่วยเบื้องต้น				เจ้าหน้าที่				ชื่อแพทย์.....			