

เลขที่บัตรประชาชน ID Card No. / Passport No.

คำนำหน้า นาย Mr. นาง Mrs. นางสาว Miss ด.ช. Boy ด.ญ. Girl อื่นๆ ระบุ

ชื่อผู้ป่วย Patient's Name นามสกุล Surname

เพศ Sex ชาย Male หญิง Female วัน/เดือน/ปีเกิด Date Of Birth / / อายุ Age ปี Years old

สัญชาติ (Nationality) <input type="checkbox"/> ไทย (Thai) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other) ระบุ (Please identify)	ศาสนา (Religion) <input type="checkbox"/> พุทธ (Buddhism) <input type="checkbox"/> คริสต์ (Christianity) <input type="checkbox"/> อิสลาม (Islam) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other)	สถานภาพ (Status) <input type="checkbox"/> โสด (Single) <input type="checkbox"/> หม้าย (Widowed) <input type="checkbox"/> สมรส (Married) <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ (Separated) <input type="checkbox"/> หย่า (Divorced) <input type="checkbox"/> สมณะ (Priest)	อาชีพ (Occupation) ระบุ (Please identify)
---	--	---	---

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..... อีเมล.....
 Zip Code Phone No. Mobile Phone No. E-mail Address

บุคคลที่ให้ติดต่อ (Person to Contact)

ในกรณีการนัดหมาย เนื่องจากติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ Secondary Contact for appointment ชื่อ-นามสกุล (Full Name) 1 2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relationship) โทรศัพท์ (Phone No.) 1 โทรศัพท์ (Phone No.) 2	ในกรณีฉุกเฉิน (บุคคลในครอบครัวเท่านั้น) Emergency Contact (Family members only) <input type="checkbox"/> คนเดียวกับกรณีการนัดหมาย ชื่อ-นามสกุล (Full Name) 1 2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relationship) บิดา / มารดา / สามี / ภรรยา / บุตร / โทรศัพท์ (Phone No.) 1 โทรศัพท์ (Phone No.) 2
--	--

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร ไม่ทราบ I Don't know ไม่เคยแพ้ยา/อาหาร None แพ้อาหาร Food Allergy แพ้ยา Drug Allergy ระบุ Please specify

การแจ้งวันและเวลานัดหมายพบแพทย์โดยผ่านระบบแอปพลิเคชันสิ่งที่ ผู้ป่วย ญาติ ระบุ..... ที่โทรศัพท์หมายเลข.....
 Notify and confirm the appointment via M.H.application program to Patient Relatives (please specify) Telephone number

เหตุผลที่มาใช้บริการ (Reasons of your choice for our services)

ชื่อเสียงของแพทย์ Doctor's reputation การรักษาเฉพาะทาง Specialized services ญาติ/เพื่อนแนะนำ Recommendations by friend or family ชื่อเสียงของโรงพยาบาล Hospital's reputation

อินเทอร์เน็ต Internet เว็บไซต์ของโรงพยาบาล Hospital's website Social media (Identify)

สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น (For Officer Only)	ข้อมูลเหล่านี้ได้จาก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ <input type="checkbox"/> ผู้นำส่ง	การจัดแพทย์ <input type="checkbox"/> Request <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Walk in
	เอกสารที่ต้องการ <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์เพื่อเบิกค่ารักษา <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	ชื่อแพทย์
	อาการผู้ป่วยเบื้องต้น เจ้าหน้าที่.....	