

ใบลงทะเบียนผู้ป่วย

Patient Registration Form

เลขที่บัตรประชาชน ID Card No. / Passport No.	<input type="text"/>
---	----------------------

คำนำหน้า <input type="checkbox"/> นาย (Mr.) <input type="checkbox"/> นาง (Mrs.) <input type="checkbox"/> นางสาว (Miss) <input type="checkbox"/> ด.ช. (Boy) <input type="checkbox"/> ด.ญ. (Girl) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ (Other).....	
ชื่อผู้ป่วย (Patient's Name)	นามสกุล (Surname)
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)	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)
---	--	--

<input type="checkbox"/> ใช้ที่อยู่ปัจจุบันตามบัตรประชาชน (Use the address in ID card)		
<input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่ (Present Address No.)	หมู่ (Moo)	
หมู่บ้าน/อาคารชุด (Village/Condominium)	ซอย (Soi)	
ถนน (Street)	แขวง/ตำบล (Sub-district)	เขต/อำเภอ (District).....
จังหวัด (Province)	รหัสไปรษณีย์ (Zip Code)	โทรศัพท์บ้าน (Phone No.)
โทรศัพท์มือถือ (Mobile Phone No.)	อีเมล (E-mail Address)	

บุคคลในครอบครัวที่อนุญาตให้โรงพยาบาลติดต่อได้ (Family Person to Contact)

1. บุคคลที่อนุญาตให้โรงพยาบาลติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์ (Person to contact in case of Medical emergency)		
• ชื่อ-นามสกุล (Full Name)	ความสัมพันธ์ (Relationship)	โทรศัพท์ (Phone No.)
(1).....	.....	.....
(2).....	.....	.....
(3).....	.....	.....
2. บุคคลที่อนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย (Person who has permission to being informed of patient's medical information)		
<input type="checkbox"/> บุคคลเดียวกับในกรณีฉุกเฉิน (The same contact person in case of medical emergency.)		
• ชื่อ-นามสกุล (Full Name)	ความสัมพันธ์ (Relationship)	โทรศัพท์ (Phone No.)
(1).....	.....	.....
(2).....	.....	.....
(3).....	.....	.....
3. บุคคลที่ติดต่อในกรณีที่ติดต่อไม่ได้ (Person for notifying an appointment when unable to contact the patient)		
<input type="checkbox"/> บุคคลเดียวกับในกรณีฉุกเฉิน (The same contact person in case of medical emergency.)		
<input type="checkbox"/> บุคคลเดียวกับที่ให้เข้าถึงข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย (The same person who has permission to patient's medical information.)		
• ชื่อ-นามสกุล (Full Name)	ความสัมพันธ์ (Relationship)	โทรศัพท์ (Phone No.)
(1).....	.....	.....
(2).....	.....	.....
(3).....	.....	.....

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ยา/อาหาร <input type="checkbox"/> แพ้อาหาร <input type="checkbox"/> แพ้ยา <input type="checkbox"/> ระบุ
Allergy History I Don't know None Food Allergy Drug Allergy Please specify

การแจ้งเตือนและเวลานัดหมายพบแพทย์ผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ส่งที่ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ.....	โทรศัพท์.....
Notify and confirm the appointment via LINE application program to Patient Relatives (please specify)	Telephone number

สำหรับ เจ้าหน้าที่เท่านั้น (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	
	อาการผู้ป่วยเบื้องต้น	ชื่อแพทย์
	เจ้าหน้าที่.....	