|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **คณะแพทย์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล**คณะ...........................................หลักสูตร....................................

|  |
| --- |
| **แบบแสดงเจตจำนงขอมีเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่** |

|  |  |
| --- | --- |
| **เลขประจำตัวบัตรประชาชน****เลขที่ใบต่างด้าว/Passport..............................................................** | **สิทธิการรักษาพยาบาล**□ชำระเงินเอง □ประกันสุขภาพถ้วนหน้า...........................□ข้าราชการ □ประกันสังคม............................................□รัฐวิสาหกิจ □อื่น ๆ ........................................................ |

คำนำหน้าชื่อ □ นาย □ นาง □นางสาว □ด.ช. □ ด.ญ. □ อื่น ๆ .........................................................................................ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ....................................................... นามสกุล.......................................................ชื่อกลาง(ถ้ามี)...............................................ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)......................................................................................................................................................................................................เพศ □ชาย □หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ....................................... อายุ..................ปี จังหวัดที่เกิด..................................ประเทศ...................... |
|  **ประวัติการแพ้**  **เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารทึบรังสี)** □ แพ้ (โปรดระบุ.....................................................................................) □ไม่เคยแพ้ □ไม่ทราบ |
| **หมู่เลือด** | **เชื้อชาติ** | **สัญชาติ** | **ศาสนา** | **สถานภาพ** | **อาชีพ** |
| □ เอ□ บี□ เอบี□ โอ□ ไม่ทราบ | □ ไทย□ จีน□ อินเดีย□ อื่น ๆระบุ...................... | □ ไทย□ จีน□ อินเดีย□ อื่น ๆระบุ...................... | □ พุทธ□ คริสต์□ อิสลาม□ อื่น ๆระบุ...................... | □ โสด□ คู่ / สมรส□ หม้าย□ หย่า□ สมณะ / นักบวช | □ รับราชการ □ รัฐวิสาหกิจ□ ค้าขาย  | □ รับจ้าง ☑ นักเรียน/นักศึกษา□ เกษตรกรรม  |
| □ อื่น ๆ ................................................... |
| **ชื่อ-สกุลบิดาผู้ป่วย**........................................................................................ **ชื่อ-สกุลมารดาผู้ป่วย**.................................................................................... |
| ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่………………..….…. หมู่………..…หมู่บ้าน…………………...ซอย………………………….….……… ถนน ………………………...………………………ตำบล /แขวง..…………..……..……….. อำเภอ/เขต ………………………..…………………จังหวัด …………………………….………………… รหัสไปรษณีย์ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ | **โทรศัพท์**ที่บ้าน …………………………..…………….มือถือ ……………………..…………………ที่ทำงาน ………………………...…..……..……Email ………………………...…..……..…… |
| ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล………….. ..……………………...…………………...เกี่ยวข้องเป็น ……………….…………..ของผู้ป่วย |
| บ้านเลขที่(ที่ติดต่อได้)………………….……….…. หมู่………..…หมู่บ้าน…………………...ซอย………………………….….……… ถนน ………………………...………………………ตำบล /แขวง..…………..……..……….. อำเภอ/เขต ………………………..…………………จังหวัด …………………………….………………… รหัสไปรษณีย์ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ ⬜ | **โทรศัพท์**ที่บ้าน …………………………..…………….มือถือ ……………………..…………………ที่ทำงาน ………………………...…..……..…… |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลศิริราชตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐ ฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใด ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ  ลงชื่อ .................................................................................□ ผู้ป่วย □ อื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็น .......................ของผู้ป่วย วัน/เดือน/ปี...........................................

|  |
| --- |
| **สำหรับเจ้าหน้าที่** |
| □ ออร์โธปิดิกส์ | □ แพทย์เวร | □ อุบัติเหตุ | □ กุมารเวชศาสตร์ |
| □ อายุรศาสตร์ | □ ศัลยศาสตร์ | □ สูติศาสตร์ | □ นรีเวชวิทยา |
| □ จักษุวิทยา | □ หู คอ จมูก | □ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น | □ จิตเวชศาสตร์ |
| □ ผิวหนัง (ตจวิทยา) | □ ทันตกรรม | □ บริการสุขภาพและโภชนาการ | □ อื่น ๆ ระบุ ................................ |

 |

\*D1340\*

**1340**