|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ๆ  ระบุ...................... | □ ไทย  □ จีน  □ อินเดีย  □ อื่น ๆ  ระบุ...................... | □ พุทธ  □ คริสต์  □ อิสลาม  □ อื่น ๆ  ระบุ...................... | □ 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**