



คณะ.....

หลักสูตร.....

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

Input boxes for ID number

เลขที่ใบต่างตัว/Passport.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

- Insurance options: self, private, state, etc.

Personal information: name, gender, date of birth, address, etc.

ประวัติการแพ้

เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารที่บ่งสี)

แพ้ (โปรดระบุ.....) ไม่เคยแพ้ ไม่ทราบ

Table with columns: หมู่เลือด, เชื้อชาติ, สัญชาติ, ศาสนา, สถานภาพ, อาชีพ

ชื่อ-สกุลบิดาผู้ป่วย..... ชื่อ-สกุลมารดาผู้ป่วย.....

Contact information for patient: address, phone, email

ผู้ที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย

Contact information for emergency contact: address, phone, email

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลศิริราชตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐ ฯ

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย
วัน/เดือน/ปี.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

Table with checkboxes for hospital departments: OR, ER, Lab, etc.

