



159 ถ.ประดิษฐานธรรม เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310

159 Praditmanutham Rd., Wangthonglang Bangkok 10310

โทร (Tel) 0-2308-7600, 0-2105-0345 แฟกซ์. (Fax) 0-2308-7621

www.md-center.org E-mail: info@md-center.org

ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

NEW PATIENT REGISTRATION FORM

วันที่ทำประวัติ(Register Date).....

นาย (MR.)  นาง (MRS.)  นางสาว (MISS)  เด็กชาย (MASTER)  เด็กหญิง (MISS)  อื่นๆ (Others List).....

ชื่อ-นามสกุล(Patient's Name).....เพศ (Sex)  ชาย (Male)  หญิง (Female)

วัน/เดือน/ปี เกิด(Birth Date)...../...../..... อายุ (Age).....ปี อาชีพ (Occupation).....

บัตรประชาชน (ID CARD NO./Passport NO.).....กรุ๊ปเลือด (Blood Group).....

สัญชาติ(Nationality)  ไทย (Thai)  จีน (Chinese)  อื่นๆ (Other List).....

ศาสนา(Religion)  พุทธ (Buddhist)  คริสต์ (Christian)  อิสลาม (Islam)  อื่นๆ(Other List).....

สถานภาพ (Status)  โสด(Single)  สมรส(Married)  หม้าย(Widowed)  หย่า(Divorce)  อื่นๆ (Other List).....

ที่อยู่ปัจจุบัน(โปรดระบุอย่างละเอียด) (Home Address).....

โทรศัพท์บ้าน(Home Phone Number) .....โทรศัพท์มือถือ (Mobile Number).....

โทรศัพท์ที่ทำงาน (Office Number).....

**กรณีฉุกเฉินติดต่อ(Contact Person First And Last Name In Case Of Emergency)**

ระบุ ชื่อ-นามสกุล (Name)..... เกี่ยวข้องเป็น (Relationship).....

โทรศัพท์บ้าน (Home Phone Number) .....โทรศัพท์มือถือ (Mobile Number) .....

ที่อยู่เดียวกัน  ไม่ใช่ที่อยู่เดียวกัน โปรดระบุ.....

**\*กรณีผู้เยาว์ในความปกครอง (อายุไม่ถึง 15 ปี บริบูรณ์) กรุณากรอกข้อมูล**

บิดา (Father's Name).....

มารดา (Mother's Name).....

**ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารอื่น ๆ (History Of Food Or Drug Allergy)**

ไม่เคยมีประวัติแพ้ (No)  มีประวัติแพ้, โปรดระบุ (Yes, please specify) .....

สิทธิการรักษา  ข้าราชการ  ครอบคลุมข้าราชการ  รัฐวิสาหกิจ  ครอบคลุมรัฐวิสาหกิจ  บุคคลทั่วไป  อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลบุคคลทั้งหมดตามที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ของคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนานี้ถูกต้อง และตรงกับความเป็นจริงทุกประการ หากมีข้อความใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริง และอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้า หรือบุคคลอื่นใด ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ(Signature).....ผู้ป่วย (Patient)

ลงชื่อแทน(Fill In By).....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relationship to Patient) .....

**สำหรับเจ้าหน้าที่ (For Staff Only)**

ชื่อแพทย์รักษา (Name Of Attending Physician).....คลินิก/Clinic.....

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ (Official' Signature).....