

รหัสนักศึกษา.....

ตรวจแผนก.....

คณะ.....

### แบบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

หลักสูตร.....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

<b>เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารที่รังสี)</b> <input type="checkbox"/> ไม่เคยแพ้ <input type="checkbox"/> แพ้ (ระบุ) ..... 
เลขที่ใบต่างด้าว .....	
ประเทศ .....	

นำหน้าชื่อ  นาย  นาง  นางสาว  ด.ช.  ด.ญ.  อื่น ๆ .....  
 (ชื่อภาษาไทย) ชื่อ .....นามสกุล.....  
 (ชื่อภาษาอังกฤษ) First Name.....Middle Name .....Last Name .....  
 เพศ  ชาย  หญิง วัน เดือน พ.ศ. เกิด ...../...../..... อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด ..... ประเทศ .....  
 อาชีพ.....ตำแหน่ง/หน้าที่.....

สัญชาติ	ศาสนา	สถานภาพการสมรส	การศึกษา	
<input type="checkbox"/> ไทย	<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> จีน	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> ปวช./ ปวส./อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> ปริญญาเอก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อมารดาผู้ป่วย.....ชื่อบิดาผู้ป่วย.....ชื่อสามี / ภรรยา.....

บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) ..... หมู่ .....ซอย..... ถนน ..... ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>โทรศัพท์</b> ที่บ้าน ..... ที่ทำงาน ..... มือถือ ..... Email .....
---	---

ชื่อผู้ติดต่อ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....ของผู้ป่วย บ้านเลขที่ (ที่ติดต่อได้) ..... หมู่ .....ซอย..... ถนน ..... ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>โทรศัพท์</b> ที่บ้าน ..... ที่ทำงาน ..... มือถือ ..... Email .....
---	---

#### ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลรามาธิบดีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรงกับความจริงและอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....  ผู้ป่วย ญาติ / ผู้นำส่ง

(.....)

วัน / เดือน / ปี.....