

แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

HN.

ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว/ ด.ช./ ด.ญ.)นามสกุล.....

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน เดือน ปีเกิด -- อายุ ปี

สัญชาติ.....ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ..... อาชีพ.....

☐ บัตรประชาชน ☐ ใบขับขี่ ☐ พาสปอร์ต เลขที่.....

ข้อมูลทั่วไป

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....

ถนน..... แขวง/ ตำบล..... เขต/ อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล

บุคคลติดต่อกรณีฉุกเฉิน

ชื่อ - สกุล.....

โทรศัพท์ (บ้าน/ มือถือ)..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ชื่อบริษัทประกัน
ชื่อบริษัทคู่สัญญา

อาการสำคัญ ส่งตรวจแผนก.....

ท่านรับทราบข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลจากช่องทางใด? ☐ แพทย์ ☐ Website ของโรงพยาบาล ☐ Facebook / สื่อสังคมออนไลน์

☐ บริษัทประกัน / บริษัทอื่นๆ ☐ โทรทัศน์ / วิทยุ / วารสาร / หนังสือพิมพ์ ☐ ครอบครัว / เพื่อน ☐ อื่นๆ โปรดระบุ