

แบบกรอกข้อมูลเพื่อทำบัตรตรวจโรคโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้ป่วยเคยมาทำบัตรที่โรงพยาบาลนี้ เคยทำเมื่อปี พ.ศ.25.....เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย..... ไม่เคย

ชื่อผู้ป่วย(นาย, นาง, น.ส, ด.ช, ด.ญ.).....นามสกุล.....นามสกุลเดิม.....

เกิดวันที่...../...../..... เลขที่บัตรประชาชน

ชาวต่างชาติ เลขหนังสือเดินทาง คนต่างด้าวเกิดในไทยยังไม่ขึ้นทะเบียน (ให้ระบุ"ไม่มีเลขที่บัตร" /

ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ระบุ"ไม่รู้สีกตัว" ที่อยู่ติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ มือถือ / บ้าน..... สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย () แยกกันอยู่ () หย่า () บวช

วุฒิการศึกษา ระบุ.....อาชีพหลัก..... รายละเอียดอาชีพ.....

**หมู่เลือด () A () B () AB () O () อื่นๆระบุ..... () ไม่ทราบ () ไม่เคยตรวจหมู่เลือด

***ประวัติการแพ้ยา () แพ้ยา ระบุ..... () ไม่ทราบ () ไม่มีประวัติการแพ้ () แพ้อื่นๆ ระบุสิ่งที่แพ้.....

สัญชาติ () ไทย () อื่นๆ ระบุ..... เชื้อชาติ () ไทย () อื่นๆ ระบุ.....ศาสนา () พุทธ () อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อ-สกุลบิดาและมารดา นาย.....นาง.....ชื่อ-สกุลสามี/ภรรยา.....

ชื่อ-สกุลญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน.....โทร.....

เกี่ยวข้องเป็น () ญาติ ระบุ..... [กรณีไม่มีญาติหรือไม่รู้สีกตัวให้ระบุ () ไม่มีญาติ () ไม่รู้สีกตัว]

ที่อยู่ญาติ ที่ติดต่อได้สะดวก () บ้านเดียวกัน () ที่อื่น บ้านเลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

อาการที่สำคัญที่มาพบแพทย์.....ส่งตรวจแผนก.....

แบบกรอกข้อมูลเพื่อทำบัตรตรวจโรคโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้ป่วยเคยมาทำบัตรที่โรงพยาบาลนี้ เคยทำเมื่อปี พ.ศ.25.....เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย..... ไม่เคย

ชื่อผู้ป่วย(นาย, นาง, น.ส, ด.ช, ด.ญ.).....นามสกุล.....นามสกุลเดิม.....

เกิดวันที่...../...../..... เลขที่บัตรประชาชน

ชาวต่างชาติ เลขหนังสือเดินทาง คนต่างด้าวเกิดในไทยยังไม่ขึ้นทะเบียน (ให้ระบุ"ไม่มีเลขที่บัตร" /

ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ระบุ"ไม่รู้สีกตัว" ที่อยู่ติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ มือถือ / บ้าน..... สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย () แยกกันอยู่ () หย่า () บวช

วุฒิการศึกษา ระบุ.....อาชีพหลัก..... รายละเอียดอาชีพ.....

**หมู่เลือด () A () B () AB () O () อื่นๆระบุ..... () ไม่ทราบ () ไม่เคยตรวจหมู่เลือด

***ประวัติการแพ้ยา () แพ้ยา ระบุ..... () ไม่ทราบ () ไม่มีประวัติการแพ้ () แพ้อื่นๆ ระบุสิ่งที่แพ้.....

สัญชาติ () ไทย () อื่นๆ ระบุ..... เชื้อชาติ () ไทย () อื่นๆ ระบุ.....ศาสนา () พุทธ () อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อ-สกุลบิดาและมารดา นาย.....นาง.....ชื่อ-สกุลสามี/ภรรยา.....

ชื่อ-สกุลญาติหรือผู้ที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน.....โทร.....

เกี่ยวข้องเป็น () ญาติ ระบุ..... [กรณีไม่มีญาติหรือไม่รู้สีกตัวให้ระบุ () ไม่มีญาติ () ไม่รู้สีกตัว]

ที่อยู่ญาติ ที่ติดต่อได้สะดวก () บ้านเดียวกัน () ที่อื่น บ้านเลขที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

อาการที่สำคัญที่มาพบแพทย์.....ส่งตรวจแผนก.....