

โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ

แบบแสดงเจตจำนงขอมิเวาระเบียนผู้ป่วยใหม่

เลขประจำตัวบัตรประชาชน

เลขประจำตัวข้าราชการกลาโหม

เลขที่ใบต่างด้าว/Passport.....

สิทธิการรักษาพยาบาล

- ชำระเงินเอง ประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....
ข้าราชการ ประกันสังคม.....
รัฐวิสาหกิจ อื่น ๆ

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ด.ช. ด.ญ. ยศ/อื่น ๆ.....

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ..... นามสกุล..... ชื่อกลาง(ถ้ามี).....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....ประเทศ.....

ประวัติการแพ้

เพื่อประโยชน์ต่อตัวท่าน โปรดแจ้งประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารทึบรังสี)

- แพ้ (โปรดระบุ.....) ไม่เคยแพ้ ไม่ทราบ

โรคประจำตัว

- ไม่มี มีระบุ.....

หมู่เลือด	เชื้อชาติ	สัญชาติ	ศาสนา	สถานภาพ	อาชีพ
<input type="checkbox"/> เอ	<input type="checkbox"/> ไทย	<input type="checkbox"/> ไทย	<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> รับราชการ <input type="checkbox"/> ทร. <input type="checkbox"/> ทบ.
<input type="checkbox"/> บี	<input type="checkbox"/> จีน	<input type="checkbox"/> จีน	<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> คู่ / สมรส	<input type="checkbox"/> ทอ. <input type="checkbox"/> ดร.
<input type="checkbox"/> เอบี	<input type="checkbox"/> อินเดีย	<input type="checkbox"/> อินเดีย	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> รับจ้าง <input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> โอ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> บัณฑิต/นักบวช <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา
<input type="checkbox"/> ไม่ทราบ	ระบุ.....	ระบุ.....	ระบุ.....	<input type="checkbox"/> สมณะ / นักบวช	<input type="checkbox"/> ข้าราชการพลเรือน..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ

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

ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน.....

ซอย..... ถนน.....

ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

ที่บ้าน.....

มือถือ.....

ที่ทำงาน.....

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

บ้านเลขที่(ที่ติดต่อได้)..... หมู่..... หมู่บ้าน.....

ซอย..... ถนน.....

ตำบล /แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

ที่บ้าน.....

มือถือ.....

ที่ทำงาน.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ ตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐ ฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใด ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย อื่น ๆ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

วัน/เดือน/ปี..... เวลาที่ขึ้นทำบัตรใหม่..... โปรดระบุเวลา