



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เลขประจำตัวผู้ป่วย

ชื่อ

บันทึก ADMISSION

ครั้งที่	เลขที่ AN	วันที่ ADMIT	หอผู้ป่วย	ย้ายหอผู้ป่วย
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ใบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่

(โปรดแสดงบัตรประชาชน + บัตรรับรองสิทธิ ทุกครั้งที่มาขึ้นบัตร)

ชื่อ (นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.)นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด...../...../..... อายุ.....ปี ปัจจุบันประกอบอาชีพ.....

สถานภาพ

- โสด แต่งงาน
 หม้าย หย่า
 แยกกันอยู่ สมณะ

เชื้อชาติ

- ไทย
 จีน
 อื่นๆ ระบุ.....

สัญชาติ

- ไทย
 จีน
 อื่นๆ ระบุ.....

ศาสนา

- พุทธ
 อิสลาม
 คริสต์
 อื่นๆ ระบุ.....

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

กรณี ไม่มีบัตร โปรดแจ้งชื่อ บิดามารดา.....

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่/เบอร์โทรศัพท์.....

ประวัติการแพ้ยา/สารอาหาร

- ไม่เคยแพ้
 แพ้ ระบุ.....

โรคประจำตัว

- ไม่มี
 มี ระบุ.....

หมู่เลือด.....

- สิทธิการรักษา ชำระเงินสด เบิกราชการ เบิกรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม(ศูนย์การแพทย์)(1)
 ร.พ. คู่สัญญา (2) บริษัทคู่สัญญา สวัสดิการศูนย์การแพทย์ฯ
 บัตรทอง(ศูนย์การแพทย์) อื่นๆ ระบุ.....

อาการ/โรค/สิ่งที่ต้องการตรวจ

ห้องตรวจ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ.....

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ป่วย ญาติ บิดา-มารดา ผู้นำส่ง

กรอกประวัติแล้วยื่นที่พยาบาลคัดกรอง/ เจ้าหน้าที่เวรระเบียบ