แบบฟอร์มลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

Bumrungrad International

เรียน ผู้มีอุปการะคุณทุกท่าน

ยินดีต้อนรับสู่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วยใหม่ ทางโรงพยาบาลขอรบกวนเวลาของท่านในการตอบคำถามในแบบฟอร์มนี้ เพื่อให้ทางโรงพยาบาลได้ให้บริการแก่ท่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าเป็นไปได้ทางโรงพยาบาลขอให้ท่านตอบคำถามให้ครบทุกข้อ แต่อย่างน้อยที่สุดขอให้ท่านกรอกข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาล ตามข้อที่มีเครื่องหมาย (*) กำกับไว้ ทั้งนี้เพื่อให้การบริการรักษาพยาบาลท่านเป็นไปอย่างดีที่สุด

- ทีมบริหารงานโรงพยาบาล

ประวัติส่วนตัว

ประวัติการแพ้ (ยา หรืออาหาร หรือ อื่นๆ)* ◯ไม่เคยมีประวัติ ◯มีประวัติการแพ้ (โปรดระบุรายละเอียด) _____

H.N. .....

ชื่อ - สกุล ภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย/อื่นๆ _____)*

ชื่อ _____ นามสกุล _____

ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)

ชื่อ

สกุล

เพศ ◯ชาย ◯หญิง วัน เดือน ปีเกิด* ___ (วัน) - ___ (เดือน) - ___ (ปี) อายุ _____ ปี

เลขที่บัตรประชาชน _____ ภาษาหลัก* ◯ไทย ◯อื่นๆ ระบุ _____

สัญชาติ* ◯ไทย ◯อื่นๆ ระบุ _____ ประเทศถิ่นพำนัก ◯ไทย ◯อื่นๆ ระบุ _____

สถานภาพ ◯โสด ◯แต่งงาน ◯หม้าย ◯หย่าร้าง ศาสนา _____

ระดับการศึกษา ◯ต่ำกว่าปริญญาตรี ◯ปริญญาตรี ◯ปริญญาโท ◯สูงกว่าปริญญาโท ◯ไม่ต้องการระบุ

ข้อมูลสำหรับการติดต่อ

ที่อยู่ปัจจุบัน* เลขที่ _____ หมู่บ้าน _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____

แขวง / ตำบล _____ เขต / อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ที่บ้าน* _____ โทรศัพท์ที่ทำงาน _____ โทรศัพท์มือถือ* _____

e-Mail*

บุคคลที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน* ชื่อ _____ สกุล _____

โทรศัพท์ _____ ความสัมพันธ์ _____

ท่านรู้จักโรงพยาบาลจากแหล่งใด ☐ครอบครัว / เพื่อน ☐บุคลากรทางด้านสุขภาพ ☐เวบไซต์ ☐สื่อโฆษณา ☐อื่นๆ

_____ ลายเซ็นผู้ป่วย	_____ ชื่อ ญาติ/ผู้แทน	_____ ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ผู้บันทึกข้อมูลเข้าระบบ
_____ วันที่ / เวลา	_____ ชื่อ พยาน /ล่าม	_____ ภาษาที่แปล	โดย _____