



โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร
NARESUAN UNIVERSITY HOSPITAL

ใบลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่/NEW PATIENT REGISTRATION FORM

กรุณาเขียนตัวบรรจง

ประวัติการแพ้ยา	กรุ๊ปเลือด	เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
ชื่อผู้ป่วย(นาย, นาง, น.ส., ด.ช., ด.ญ.)		นามสกุล
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง	วันเดือนปีเกิด / /	หากไม่ทราบกรุณาใส่ อายุ ปี
สถานภาพ <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย <input type="radio"/> สมณะ	อาชีพ	
สัญชาติ	ศาสนา	<input type="radio"/> อาจารย์มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะ.....
▶ ที่อยู่ปัจจุบัน.....		<input type="radio"/> นิสิต ม.น.
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		<input type="checkbox"/> ป.ตรี <input type="checkbox"/> ป.โท <input type="checkbox"/> ป.เอก
▶ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....		คณะ.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....		<input type="radio"/> เจ้าหน้าที่ ม.น. หน่วยงาน.....
ชื่อบิดา	ชื่อมารดา	
บุคคลที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน : ชื่อ		ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ที่อยู่บุคคลที่ติดต่อได้ เลขที่		รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
สิทธิการรักษา <input type="radio"/> ชำระเงินเอง <input type="radio"/> เบิกต้นสังกัด <input type="radio"/> ประกันสังคม ร.พ..... <input type="radio"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร.พ.....		