



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE)

แบบฟอร์มประวัติสำหรับผู้ป่วยใหม่ (New Patient Application Form)

Prefix นาย (Mr.) นาง (Mrs.) น.ส. (Miss) ด.ช. (Boy) ด.ญ. (Girl) อื่น ๆ (Others)

ชื่อ (First name).....นามสกุล (Last name).....

เพศ (Gender) ชาย (Male) หญิง (Female)

ชื่อบิดา (Father's name).....ชื่อมารดา (Mother's name).....

บัตรประจำตัว/หลักฐาน (Credential/Document certificate)

- บัตรประชาชน (ID card)
- หนังสือเดินทาง (Passport)
- บัตรข้าราชการ (Government official identification card).....
- บัตรรัฐวิสาหกิจ (State enterprise identification card).....
- อื่น ๆ ระบุ (Others, please specify).....

วัน/เดือน/ปีเกิด (DD/MM/YY).....อายุ (Age).....ปี (Years)

การศึกษา (Highest education).....ส่วนสูง (Height)..... ซม.(Cms)

สถานภาพสมรส (Marital status)	สัญชาติ (Nationality)	ศาสนา (Religion)	อาชีพ (Occupation)
<input type="checkbox"/> โสด (Single) <input type="checkbox"/> สมรส (Married) <input type="checkbox"/> หย่า (Divorced) <input type="checkbox"/> หม้าย (Widow) <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ (Separated) <input type="checkbox"/> พระสงฆ์ (Priest)	<input type="checkbox"/> ไทย (Thai) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ (Others, please specify).....	<input type="checkbox"/> พุทธ (Buddhism) <input type="checkbox"/> คริสต์ (Christianity) <input type="checkbox"/> อิสลาม (Islam) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ (Others, please specify).....	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ (Government officer) <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ (State enterprise) <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป (Employee) <input type="checkbox"/> ค้าขาย (Business) <input type="checkbox"/> นักเรียน/นักศึกษา (Student) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ (Others, please specify).....
ที่อยู่ปัจจุบัน (Current address)		หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone number)	
เลขที่ (House No.).....หมู่บ้าน/อาคาร (Villa/Tower name).....ชอย (Soi)..... ถนน (Road).....ตำบล (Sub district)..... อำเภอ (District).....จังหวัด (Province)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal code) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ที่บ้าน (Home)..... ที่ทำงาน (Office)..... มือถือ (Mobile).....	

สถานที่ใกล้เคียงที่อยู่ปัจจุบัน (Nearby places).....

ผู้นำมารักษา (Messenger).....เกี่ยวข้องกับ (Relationship).....

ข้อมูลหรือผู้ที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน (Contact person in case of emergency, please specify).....

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Relationship).....

ที่อยู่ผู้ติดต่อกรณีฉุกเฉิน (Contact address in case of emergency)	หมายเลขโทรศัพท์ (Telephone number)
<input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกัน (Same address) <input type="checkbox"/> ที่อยู่อื่น (Others, please specify) เลขที่ (House No.).....หมู่บ้าน/อาคาร (Villa/Tower name).....ชอย (Soi)..... ถนน (Road).....ตำบล (Sub district)..... อำเภอ (District).....จังหวัด (Province)..... รหัสไปรษณีย์ (Postal code) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ที่บ้าน (Home)..... ที่ทำงาน (Office)..... มือถือ (Mobile).....

อาการสำคัญที่มาปรึกษา (Chief complaint).....

ประวัติการแพ้ยา (Drug allergy history)

ไม่แพ้ (No)

แพ้ ระบุชื่อยา (Yes, please specify)

ประวัติการคลอด (Childbearing history)

ปกติ (Normal)

ไม่ปกติ (Abnormal).....

ประเภทสิทธิการรักษา (Financial right)

ข้าราชการ (Government official)

จ่ายเอง (Self payment)

รัฐวิสาหกิจ (State enterprise)

อื่น ๆ ระบุ (Others, please specify).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(Hereby, I certify that the information in this application is entirely true)

ลงชื่อผู้ให้ประวัติ (Applicant's signature).....

วัน เดือน ปี (DD/MM/YY).....เวลา (Time).....