



แบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ - - - -

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ).....นามสกุล.....

วันเกิด.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยก สมณะ

จบการศึกษาสูงสุด ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา..... มัธยมศึกษา..... ปวช.

ปวส / อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน : บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....

อาชีพปัจจุบัน..... หมู่เลือด A (เอ) AB (เอบี) B (บี) O (โอ)

ชื่อ-สกุลบิดา.....ชื่อ-สกุลมารดา.....

ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....ชื่อ-สกุลญาติที่ติดต่อกได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ติดต่อกได้.....โทร.....

เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดระบุประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารที่บ่งชี้)

ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....

ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ เคยสูบ ระยะเวลาที่สูบ.....ปี จำนวน.....มวน/วัน

ถ้าสูบ มีก้นกรอง ไม่มีก้นกรอง

ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ดื่ม (ระบุชนิด).....

จำนวนที่ดื่ม.....แก้ว/วัน ระยะเวลาที่ดื่ม.....ปี

ประวัติการกินหมาก ไม่เคย เคย ระยะเวลา.....ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทะเบียนใดๆของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าและบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย ญาติ/ผู้นำส่ง

(.....)