

ใบลงทะเบียนประวัติผู้ป่วย

วันที่.....	H.N.
คุณเคยแพ้ยา/อาหารหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคยมีประวัติแพ้ <input type="checkbox"/> มี <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> ยา (โปรดระบุ) <input type="radio"/> อาหาร/อื่นๆ	
ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย	
<input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> เด็กชาย <input type="checkbox"/> เด็กหญิง <input type="checkbox"/> อื่นๆ เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
ชื่อ นามสกุล.....	
Name Last name	
วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อายุ ปี มีแผลหรือไม่ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี	
สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> สมณะ อื่นๆ ระบุ.....	
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง(ตามเอกสารสำเนา)..... <input type="checkbox"/> ไม่ได้นำบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางมาประกอบการลงทะเบียน	
สัญชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....	
ที่อยู่ปัจจุบัน (โปรดระบุอย่างละเอียด)	
บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน ซอย	
ถนน..... ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต	
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....	
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน..... หมายเลขโทรสาร	
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ E-Mail.....	
บุคคลที่ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน	
ชื่อ-สกุลบุคคลที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
<input type="checkbox"/> ที่อยู่เดียวกัน <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ที่อยู่เดียวกัน, โปรดระบุ	
หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....	
1. ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์ – พยาบาล, เจ้าหน้าที่ และ/หรือ บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลกรุงเทพ ทำการตรวจรักษา และกระทำการใดๆ ตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ เปิดเผยข้อมูลการตรวจรักษาของข้าพเจ้าให้แก่ ทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงค่าประกาศสิทธิผู้ป่วย และเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว รวมถึงได้รับสำเนาค่าประกาศสิทธิ และข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย	
2. ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ยินยอม <input type="checkbox"/> ไม่ยินยอม	
ให้โรงพยาบาลนำข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือทางรังสี เป็นต้น ไปใช้เพื่อการศึกษาวิเคราะห์สำหรับการพัฒนาคุณภาพของการรักษาพยาบาล ทั้งนี้โรงพยาบาล และบุคลากรของโรงพยาบาล มีหน้าที่รักษาความลับของข้อมูลของข้าพเจ้าอย่างเคร่งครัด	
ลายเซ็นผู้ป่วย วันที่	
ลายเซ็นผู้แทนผู้ป่วย วันที่.....	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น	
ชื่อผู้แจ้งลงทะเบียน	วันที่ลงทะเบียน
แผนก/คลินิก.....	วันที่ลงทะเบียน