



แบบกรอกข้อมูลประวัติผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
(โปรดกรอกข้อมูลผู้ป่วยให้ครบถ้วน ชัดเจนและตรงกับสำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชน หรือเอกสารที่นำมาประกอบ)

	<p>คำนำหน้า <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว <input type="checkbox"/> ด.ช. <input type="checkbox"/> ด.ญ.</p> <p><input type="checkbox"/> พล. <input type="checkbox"/> แม่ชี <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)</p> <p>เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง</p> <p>1. ชื่อผู้ป่วย..... นามสกุล.....</p> <p>2. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี</p> <p>3. เชื้อชาติ.....4. สัญชาติ.....</p>
<p>5. ศาสนา <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่น(ระบุ).....</p> <p>6. สถานภาพสมรส (ตามความเป็นจริง)</p> <p><input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> สมณะ</p> <p>7. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน/ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ <input type="checkbox"/> ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน/ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....</p> <p>8. เลขประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>เลขที่บัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย/ เลขที่หนังสือเดินทาง</p> <p>.....</p> <p>9. สิทธิการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพถ้วนหน้า <input type="checkbox"/> ประกันสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> จ่ายตรง (กรมบัญชีกลาง) <input type="checkbox"/> จ่ายตรง (อปท.)</p> <p><input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>10. ระดับการศึกษา.....</p> <p>11. อาชีพ.....</p> <p>12. ชื่อ-สกุล บิดา.....</p> <p>13. ชื่อ-สกุล มารดา.....</p> <p>14. ชื่อ-สกุล สามี/ภรรยา.....</p>	<p>15. กรุ๊ปเลือด <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ</p> <p>16. การแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <p>17. โรคประจำตัว</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....</p> <hr/> <p>18. <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมาเอง <input type="checkbox"/> ผู้นำส่ง/หน่วยราชการนำส่ง</p> <p>ชื่อผู้นำส่ง..... เกี่ยวข้องกับ..... ของผู้ป่วย ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน/ หมู่บ้าน..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....</p> <p>19. บุคคลที่ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน..... เกี่ยวข้องกับ..... ที่อยู่ <input type="checkbox"/> ตามทะเบียนบ้านผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ตามที่อยู่ปัจจุบันผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ตามที่อยู่ปัจจุบันผู้นำส่ง โทรศัพท์..... ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ</p> <p>..... (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ผู้กรอกข้อมูล)</p> <hr/> <p>HN.....</p> <p>เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วย..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.</p>