

แบบกรอกประวัติการเข้ารับบริการ โรงพยาบาลสันทราย

(กรุณากรอกให้ครบทุกช่องเพื่อสิทธิประโยชน์และความสะดวกรวดเร็วของท่านเอง)

ชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/น.ส.) _____ นามสกุล _____

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (สำคัญ) _____

เกิดวันที่ ____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ปัจจุบันอายุ ____ ปี

สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย () นักบวช

หมู่เลือด ____ อาชีพ _____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ ศาสนา _____

จบชั้นการศึกษา _____ เบอร์โทรศัพท์ของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ (สำคัญ) _____

บิดาชื่อ _____ มารดาชื่อ _____สามี / ภรรยาชื่อ _____

ที่อยู่ติดต่อได้ หมู่ที่ ____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน หมู่ที่ ____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ชื่อผู้ติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน (สำคัญ) _____ เกี่ยวข้องเป็น _____

เบอร์โทรศัพท์ของผู้ที่ติดต่อได้ (สำคัญ) _____

สิทธิบัตรที่ท่านมี (สำคัญ) () บัตรประกันสังคม () บัตรทอง

() เบิกได้ () อื่นๆ (โปรดระบุ).....