HN_____-_____

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวผู้รับบริการคลินิกเด็กและวัยรุ่น

New Patient Registration Form - Child and Adolescent Clinic

ข้อมูลผู้รับบริการ/Client Information

ชื่อ-สกุล ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว.....ชื่อเล่น.....

First Name-Surname Mr. /Mrs. /Miss /Ms. Nickname

เลขประจำตัวประชาชน(Passport Or ID Number) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

เลขประจำตัวนักศึกษา(เฉพาะนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล) Mahidol Student ID Number [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

วันเดือนปีเกิด/Date Of Birthวันที่/Day.....เดือน/Month.....พ.ศ./Year.....อายุ/Age.....ปี/Years.....เดือน/Months

ที่อยู่ปัจจุบัน/Contact Address เลขที่/Home Number.....หมู่/Moo.....หมู่บ้าน/อาคารชุด/Building.....

ซอย/Soi..... ถนน/Road.....แขวง/ตำบล/Sub-District.....

เขต/อำเภอ/District.....จังหวัด/Province.....รหัสไปรษณีย์/Postal Code.....

โทรศัพท์บ้าน/Home Phone.....**โทรศัพท์มือถือ**/Mobile Phone.....

E-mail.....Line ID.....

สถานศึกษา/School / University.....ระดับชั้นเรียน/Academic Year.....

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี/Allergies To ○Medicine.....○Food.....○Chemical.....○อื่นๆ / Others.....

ข้อมูลผู้ปกครอง/Parents Information

บิดา/Fatherชื่อ-สกุล/First Name-Surname.....อายุ/Age.....ปี/Yearsโทรศัพท์/Mobile Phone.....

ระดับการศึกษา/Education.....อาชีพ/Occupation.....รายได้/Income.....

มารดา/Motherชื่อ-สกุล/First Name-Surname.....อายุ/Age.....ปี/Yearsโทรศัพท์/ Mobile Phone.....

ระดับการศึกษา/Education.....อาชีพ/Occupation.....รายได้/Income.....

สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา/Patient Marital Status

○โสด/Single ○สมรส/Married ○หย่า/Divorced ○หม้าย/Widowed ○แยกกันอยู่/Separated ○อื่นๆ/Others.....

โทรศัพท์แจ้งคิวนัดหมาย ได้ที่ ชื่อ-สกุล / First Name-Surname.....

เกี่ยวข้องเป็น/Relationship To Client..... ○ Client ○ อื่นๆ/Others.....

โทรศัพท์/Mobile Phone.....

โปรดระบุเวลาที่ท่านสะดวกรับบริการ/Please Identify Convenient Time ○คลินิกในเวลา/Office Hour ○คลินิกนอกเวลา/**Extra Hour**

ท่านรู้จักคลินิกเด็กและวัยรุ่น ของสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ได้อย่างไร/How Do You Know This Clinic ?

○ แนะนำโดย/Recommended ○ Facebook ○ Website ○ อื่นๆ/Others.....**.....**

ผู้บันทึก/Recorded By.....**วันที่**/Date.....

สำหรับเจ้าหน้าที่/For Staff Only**ชื่อ**ผู้รับเรื่อง/Name.....วันที่ได้รับ /OPD Card Receiving Date.....

นัดพบแพทย์/นักวิชาชีพ/Physician/Therapist.....คิวนัดครั้งแรกวันที่/First Visit Date.....

หมายเหตุ/Remarks.....