



แบบขอมิเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

สถานพยาบาลปฐมภูมิ ทร.

ชื่อหน่วย.....

SNC

วันเดือนปี เวลา

สำหรับเจ้าหน้าที่

NMD HN..... เลขที่ OPD

สำหรับผู้รับบริการ

ยศ-ชื่อ-สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี วัน เดือน ปีเกิด

สังกัด..... อาชีพ..... ศาสนา.....

สถานะ โสด คู่ หม้าย หย่า สมณะ

เลขที่บัตรประชาชน - -

เลขที่บัตรทอง_ท/R..... ทหารกองประจำการผลัดที่/ปี.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ใช่ที่อยู่ตามบัตรประชาชน) บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมู่เลือด เอ บี เอบี โอ ไม่ทราบหมู่เลือด Rh บวก ลบ ไม่ทราบ

แพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้ ไม่ทราบ แพ้ ระบุชื่อยาที่แพ้..... อาการที่แพ้.....

โรคประจำตัว.....

ผู้ที่ติดต่อได้ ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ของผู้ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

ลงชื่อ(ตัวบรรจง)..... ผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล ความสัมพันธ์เป็น.....

FM-NMD-OPD-02 ฐ.ศ. 61



แบบขอมิเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

สถานพยาบาลปฐมภูมิ ทร.

ชื่อหน่วย.....

SNC

วันเดือนปี เวลา

สำหรับเจ้าหน้าที่

NMD HN..... เลขที่ OPD

สำหรับผู้รับบริการ

ยศ-ชื่อ-สกุล..... เพศ..... อายุ..... ปี วัน เดือน ปีเกิด

สังกัด..... อาชีพ..... ศาสนา.....

สถานะ โสด คู่ หม้าย หย่า สมณะ

เลขที่บัตรประชาชน - -

เลขที่บัตรทอง_ท/R..... ทหารกองประจำการผลัดที่/ปี.....

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (กรณีไม่ใช่ที่อยู่ตามบัตรประชาชน) บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมู่เลือด เอ บี เอบี โอ ไม่ทราบหมู่เลือด Rh บวก ลบ ไม่ทราบ

แพ้ยา ไม่มีประวัติแพ้ ไม่ทราบ แพ้ ระบุชื่อยาที่แพ้..... อาการที่แพ้.....

โรคประจำตัว.....

ผู้ที่ติดต่อได้ ชื่อ-สกุล..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ของผู้ที่ติดต่อได้..... เบอร์โทร.....

ลงชื่อ(ตัวบรรจง)..... ผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล ความสัมพันธ์เป็น.....

FM-NMD-OPD-02 ฐ.ศ. 61