



โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบขอมิเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่

เลขประจำตัวบัตรประชาชน <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ลีขิการรักษายาบาล <input type="checkbox"/> ชำระเงินเอง <input type="checkbox"/> สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ <input type="checkbox"/> ชำรชการ <input type="checkbox"/> ธนาคารแห่งประเทศไทย/ ธนาคารออมสิน <input type="checkbox"/> ชำรชการ กทม. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ชำระเงินเอง)
เลขที่ใบต่างชาติ/Passport No.....	

คำนำหน้าชื่อ/ยศ/ตำแหน่ง.....ชื่อ.....ชื่อกลาง(ถ้ามี).....นามสกุล.....
 ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)
 วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
 สถานภาพ โสด คู่/สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ สมณะ/นักบวช
 สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
 ชื่อ-สกุลบิดาผู้ป่วย.....ชื่อ-สกุลมารดาผู้ป่วย.....
 ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....

อาชีพผู้ป่วย รับราชการ รัฐวิสาหกิจ พนักงานเอกชน ค้าขาย เกษตกรรม รับจ้าง นักเรียน นักศึกษา
 แม่บ้าน พนักงานมหาวิทยาลัย อื่นๆ(ระบุ).....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ใช้ติดต่อ เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	โทรศัพท์ ที่บ้าน..... มือถือ..... ที่ทำงาน.....
---	--

ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย
 ที่อยู่ เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน ที่อยู่อื่น
 โทรศัพท์

ประวัติการแพ้ (ยา/อาหาร/สารเคมี) <input type="checkbox"/> แพ้..... <input type="checkbox"/> ไม่แพ้ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ โรคประจำตัว <input type="checkbox"/> มี..... <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ หมู่เลือด <input type="checkbox"/> เอ <input type="checkbox"/> บี <input type="checkbox"/> โอ <input type="checkbox"/> เอบี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ภาวะแทรกซ้อนทางทันตกรรม <input type="checkbox"/> มี..... <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการและยินยอมให้โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนของรัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา
 ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้นำข้อมูลประวัติการรักษา รูปภาพ และภาพรังสีของข้าพเจ้าไปใช้ประกอบการเรียนการสอน การวิจัยและเผยแพร่งานวิชาการ ภายใต้การพิจารณาของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ โครงการวิจัยที่ใช้ข้อมูลดังกล่าวต้องผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนประจำคณะทันตแพทยศาสตร์และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ชื่อ-สกุล..... ผู้ป่วย อื่นๆ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

<input type="checkbox"/> ตรวจฟัน	<input type="checkbox"/> อุดฟัน	<input type="checkbox"/> ขูดหินน้ำลาย	<input type="checkbox"/> รักษาคลองรากฟัน	<input type="checkbox"/> ถอนฟัน/ฟันคุด	<input type="checkbox"/> จัดฟัน
<input type="checkbox"/> ใส่ฟัน	<input type="checkbox"/> ตรวจขากรรไกร	<input type="checkbox"/> รากฟันเทียม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		