

แบบฟอร์มขอเข้ารับบริการทางทันตกรรม

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

HN.....

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

กรุ๊ปเลือด..... อาชีพ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรส หย่า หม้าย แยกกันอยู่ ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....

ชื่อ-สกุล.บิดา..... ชื่อ-สกุลมารดา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

ที่อยู่ปัจจุบันบ้าน เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรบ้าน..... มือถือ.....

บุคคลที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล..... เบอร์บ้าน..... มือถือ.....

เกี่ยวข้องกับ บิดา/มารดา บุตร สามี/ภรรยา นายจ้าง อื่นๆ.(ระบุ).....สิทธิการรักษา เบิกได้ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสุขภาพ(บัตรทอง)ใช้ที่..... ชำระเงินเอง ประกันสังคมใช้ที่.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับเจ้าหน้าที่

อาการและสาเหตุที่มา.....

น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... รอบเอว.....

โรคประจำตัว..... ประวัติการแพ้ยา

 ไม่ดื่มสุรา ดื่ม.....แก้ว/ต่อ ๑สัปดาห์ ไม่สูบบุหรี่ สูบ.....ม้วน/ต่อ ๑สัปดาห์

ประวัติบิดา-มารดา ไม่มีโรคประจำตัว มีโรคประจำตัว.....

ค่าความดันโลหิต..... ค่าการเต้นของหัวใจ.....

ส่วนที่ ๓ คำยินยอมเข้ารับบริการ

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี HN.....

ได้รับทราบข้อมูลแผนในการรักษาเข้าใจถึงรายละเอียดทั้งหมดที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอตกลงยินยอมที่จะเข้ารับการรักษาตามข้อมูลดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....