



สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
แบบกรอกข้อมูล สำหรับผู้ป่วยใหม่

เฉพาะเจ้าหน้าที่.
เลขทะเบียน.....
วันที่...../...../.....

คำนำหน้าชื่อ นาย นาง น.ส. อื่น ๆ..... ชื่อ.....นามสกุล.....
Patient First name..... Last name

วัน-เดือน-ปี เกิด/...../.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ใบต่างด้าว(ถ้ามี).....เลขที่ Passport(ถ้ามี)..... เลขที่บัตรอื่น ๆ.....
สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

สถานภาพสมรส โสด หย่า หม้าย แยกกันอยู่ สมรส ชื่อ- นามสกุล คู่สมรส

ชื่อ - นามสกุล บิดา.....ชื่อ - นามสกุล มารดา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย :

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย : ที่เดียวกับทะเบียนบ้าน ไม่ใช่ โปรดกรอกรายละเอียดที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

การศึกษา : ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช .

อนุปริญญา / ปวส. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ปริญญาโท ปริญญาเอก

อาชีพปัจจุบัน :ลักษณะงานที่ทำ

(ตัวอย่าง: อาชีพปัจจุบัน รับราชการ ลักษณะงานที่ทำ ตำรวจจราจร)

สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ : ชื่อ- นามสกุลเกี่ยวข้องเป็น

ที่อยู่: ที่เดียวกับทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย ไม่ใช่ กรอกรายละเอียดที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สิทธิการรักษา : เงินสด ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ประกันสังคม สิทธิอื่น ๆ.....

สิทธิเบิกจากต้นสังกัด ข้าราชการประจำ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้างประจำ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 พนักงานกระทรวงฯ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร

ประวัติ แพ้อาหาร : ไม่แพ้ ไม่มี มี (ระบุ)..... อาการที่เกิด.....

ประวัติ แพ้ยา : ไม่ทราบ ไม่มี

แพ้ยา (ระบุชื่อยา) อาการที่เกิด.....

ประวัติโรคประจำตัว : ไม่ทราบ ไม่มี มี (ระบุ).....

ประวัติมะเร็งของญาติในครอบครัว ไม่มี มี เกี่ยวข้องเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

มี เกี่ยวข้องเป็น.....อวัยวะที่เป็นมะเร็ง.....

ผู้ให้ข้อมูล ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ (ระบุชื่อ)เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย