

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์  
แบบกรอกข้อมูล สำหรับผู้ป่วยใหม่

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

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

วัน-เดือน-ปี เกิด ...../.....:...../.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....

เลขที่ใบต่างดาว(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  มัธยมศึกษา  มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.  
 อนุปริญญา/ปวส.  ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  ปริญญาโท  ปริญญาเอก

อาชีพปัจจุบัน : .....ลักษณะงานที่ทำ .....

(ตัวอย่าง: อาชีพปัจจุบัน รับราชการ ลักษณะงานที่ทำ ตำรวจจราจร)

สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ : ชื่อ - นามสกุล .....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ :  ที่เดียวกับทะเบียนบ้านของผู้ป่วย  ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย  ไม่ใช่ กรอกรายละเอียดที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้

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

สิทธิการรักษา :  เงินสด  ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)  ประกันสังคม  สิทธิอื่นๆ.....

สิทธิเบิกจากต้นสังกัด  ข้าราชการประจำ  ข้าราชการบำนาญ  ลูกจ้างประจำ  พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
 พนักงานกระทรวงฯ  บิดา มารดา คู่สมรส บุตร

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

ประวัติแพ้ยา :  ไม่ทราบ  ไม่มี

แพ้ยา (ระบุชื่อยา) ..... อาการที่เกิด.....

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

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

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

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