ใบทำบัตร

แบบกรอกข้อมูลเพื่อทำบัตรเข้ารับการตรวจอัลตร้าซาวด์
โครงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแห่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. ผู้ร่วมโครงการเคยทำบัตรที่โรงพยาบาลนี้ ❑ ไม่เคย ❑ เคยทำเมื่อปี พ.ศ. 25.....
   เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย .....
2. ชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ (นาย, นาง, น.ส.) ..... นามสกุล .....
3. เพศ ❑ ชาย ❑ หญิง
4. เกิดวันที่ ...../...../.....
5. เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐
6. ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ ..... ถนน ..... ซอย ..... หมู่ที่ .....
   ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
   รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์บ้าน .....
   โทรศัพท์มือถือ .....
7. สถานภาพ ❑ โสด ❑ คู่ ❑หม้าย ❑แยกกันอยู่ ❑หย่า ❑พระสงฆ์ ❑แม่ชี ❑สามเณร
8. อาชีพ ..... สถานที่ทำงาน .....
9. สัญชาติ ..... เชื้อชาติ ..... ศาสนา ..... ระดับการศึกษา .....
10. ชื่อ-สกุล บิดา .....
    ชื่อ-สกุล มารดา .....
    ชื่อ-สกุล สามี / ภรรยา .....

----------✂ ตัดตามเส้นประ ✂----------

ใบนัด

ชื่อ-สกุล .....

ให้ไปพบแพทย์เพื่อตรวจอัลตร้าซาวด์ ที่โรงพยาบาล .....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....