**ใบกรอกประวัติผู้ป่วยนอกใหม่, บัตรใหม่**

ประเภทสิทธิของผู้ป่วย......................................................................................................................

คำนำหน้า ( ) นาย ( ) นาง ( ) นางสาว ( ) เด็กชาย ( ) เด็กหญิง

ชื่อ...............................................สกุล....................................เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

วันเกิด.........................................สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า/แยก ( ) หม้าย

เชื้อชาติ................สัญชาติ...........ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) พราหมณ์

อาชีพ.............................................

ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ป่วย บ้านเลขที่................หมู่ที่...........ซอย.......................ถนน....................................

ตำบล............................อำเภอ.............................จังหวัด.........................................................................

รหัสไปรษณีย์....................................โทรศัพท์........................................................................................

คู่สมรส...................................................บิดา.........................................มารดา.......................................

ญาติผู้ติดต่อได้..............................................เกี่ยวข้องเป็น ( ) คู่สมรส ( ) บิดา/มารดา

( ) ลูก ( ) พี่ ( ) น้อง ( ) เพื่อนบ้าน ( ) เพื่อนร่วมงาน ( ) นายจ้าง

บัตรประชาชน