



ใบกรอกประวัติผู้ป่วยนอกใหม่, บัณฑิตหาย

เพื่อความรวดเร็วในการรับบริการ โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ด้วยตัวบรรจง

ประเภทสิทธิของผู้ป่วย () ง่ายเอง () ครอบครัวมีสิทธิเบิก () ข้าราชการ () รัฐวิสาหกิจ
() บัณฑิตทอง () ประกันสังคม () อื่น ๆ ระบุ.....

คำนำหน้า () นาย () นาง () นางสาว () เด็กชาย () เด็กหญิง
() อื่น ๆ ระบุ.....

ชื่อ-สกุล..... เพศ () ชาย () หญิง

วัน เดือน ปี เกิด.....สถานภาพ () สมรส () โสด () หย่า/แยก () หม้าย

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

อาชีพ.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

คู่สมรส.....บิดา.....มารดา.....

ผู้ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น () คู่สมรส () บิดา/มารดา () ลูก
() พี่ () น้อง () เพื่อนบ้าน () เพื่อนร่วมงาน () อื่น ๆ ระบุ.....

บัตรประชาชนเลขที่

นำมายื่นที่เคาเตอร์เวชระเบียนในวันที่มาตรวจร่างกาย โปรดงดน้ำ, งดอาหารหลังสองทุ่มก่อนวันมาตรวจ

ศูนย์มะเร็ง ลำปาง เลขที่ 199 หมู่ 12 ถ.ลำปาง-งาว ต.พิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง 52000

โทร.054-335262-8 ต่อ 160 ในวันและเวลาราชการ

Website: <http://www.lampangcancer.com>

E-mail: info@lampangcancer.com