



ที่ กท ๐๖๓๓.๗(๒๐)/๑๐๐๔

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
กรมแพทยทหารอากาศ  
สายไหม กรุงเทพฯ ๑๐๒๒๐

พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ ๑  
ปีการศึกษา ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการโครงการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ ๑  
ปีการศึกษา ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ เปิดฝึกอบรมหลักสูตร  
แพทย์ประจำบ้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ และหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๑ ถึง  
ปัจจุบันรวมทั้งสิ้น ๑๗ สาขา ในปีการศึกษา ๒๕๖๕ นี้ คณะอนุกรรมการการศึกษาแพทย์หลังปริญญา  
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ เห็นสมควรจัดโครงการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน  
และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕ และเข้ารับการฝึกอบรมใน  
แต่ละสาขาตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป โครงการปฐมนิเทศ เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นเพื่อให้  
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ได้รับทราบ ภารกิจ บทบาทหน้าที่ และสร้างสัมพันธ์ภาพ  
ระหว่าง ผู้บริหาร อาจารย์แพทย์ และผู้เกี่ยวข้องที่ต้องติดต่อประสานงานขณะเข้ารับการฝึกอบรม ทั้งนี้เพื่อ  
นำไปสู่ความร่วมมือและการพัฒนางานด้านการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและตรงตามวัตถุประสงค์ จึงขอเชิญ  
นายแพทย์/แพทย์หญิง..... เข้าร่วมโครงการปฐมนิเทศ  
แพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด ชั้นปีที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๖ - ๓๐  
มิถุนายน ๒๕๖๕ โดยสามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการให้ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นาวาอากาศเอก

(ชัยยา จันทรสัย)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ ทำการแทน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ

กองแพทยศาสตร์ศึกษา

โทร. ๐ ๒๕๓๔ ๗๔๖๓

โทรสาร ๐ ๒๕๕๙ ๐๕๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [postgrad2564@gmail.com](mailto:postgrad2564@gmail.com)

**รายการที่ต้องเตรียม/ดำเนินการ (สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่มีต้นสังกัด) ดังนี้**

๑. รูปถ่ายสี (หน้าตรง) ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เครื่องแบบราชการ หรือ ชุดสุภาพ (ไม่สวมชุดครุย)
๒. เอกสารสำคัญที่ต้องเตรียมพร้อมทั้งเซ็นสำเนาถูกต้องทุกแผ่น ดังนี้
  - ๒.๑ สำเนาบัตรประชาชน (smart card) จำนวน ๓ ชุด
  - ๒.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๓ ชุด
  - ๒.๓ สำเนาวุฒิการศึกษา หรือหนังสือรับรองผลการศึกษา จำนวน ๓ ชุด
  - ๒.๔ สำเนาใบประกาศปริญญาบัตรจากสถาบัน จำนวน ๓ ชุด
  - ๒.๕ สำเนาใบประกอบวิชาชีพ จำนวน ๓ ชุด
  - ๒.๖ สำเนาทะเบียนรถยนต์ (กรณีขอบัตรผ่านเข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ) จำนวน ๑ ชุด
  - ๒.๗ สำเนาเลขที่บัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น จำนวน ๓ ชุด (โดยแพทย์ประจำบ้านดำเนินการเปิดบัญชีล่วงหน้าด้วยตนเอง)
  - ๒.๘ สำเนาทะเบียนบ้านบิดา – มารดา (ถ้าเสียชีวิตให้สำเนาใบมรณะบัตรมาด้วย) จำนวน ๓ ชุด
๓. กรณารอกข้อมูลรายละเอียดในแบบฟอร์มตาม file ที่แนบ ดังนี้
  - ๓.๑ บันทึกประวัติย่อ (ทอ.ขว.๐๔๕)
  - ๓.๒ ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๕
  - ๓.๓ แบบรายงานขอบัตรยานพาหนะหมายเลข ๓ (เฉพาะผู้ที่มีรถยนต์และต้องการทำบัตรผ่าน เข้า-ออกช่องทางกองทัพอากาศ (ดำเนินการให้คนละ ๑ คัน เท่านั้น)
  - ๓.๔ ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์
  - ๓.๕ แบบฟอร์มเอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. (OPD card)
๔. **เปิดบัญชีธนาคารทหารไทย ประเภทออมทรัพย์ สาขาโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เท่านั้น**  
โดยขอให้ดำเนินการก่อนวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๕
๕. สำหรับผู้ที่แจ้งความจำนงค์ต้องการที่พักอาศัยในหอพักแพทย์ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. สามารถจองได้ ในวันที่ ๖ มิ.ย.๖๕ พร้อมชำระเงิน ซึ่งจะเริ่มเข้าพักอาศัยได้เดือนสิงหาคมเป็นต้นไป หากมีการเปลี่ยนแปลงจะแจ้งให้ทราบ โดยให้แพทย์ประจำบ้านศึกษารายละเอียดในเอกสารชี้แจงหอพักแพทย์

**หมายเหตุ**

\* หากมีข้อสงสัย/สอบถาม ติดต่อประสานโดยตรงที่

นาวาอากาศโทหญิง ปิยะฉัตร วิเศษศิริ โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๕ (เฉพาะในเวลาราชการ)

คุณเพ็ญณัฐสุรางค์ มีชูสาร โทร.๐๒ ๕๓๔ ๗๔๖๓ Line Id : ๒๘๐๙๒๕๕๑ ,Email : bonvoye@gmail.com

.....  
(ชั้นความลับ)  
**บันทึกประวัติย่อ**

๑. ชื่อและนามสกุล.....  
ชื่อเดิมและนามสกุลเดิม.....  
ชื่อเล่น, ชื่ออื่น ๆ (ถ้ามี).....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๓. เกิดที่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
ถนน.....ตรอก/ซอย.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....
๕. ที่อยู่ปัจจุบันเป็น บ้านส่วนตัว / บ้านเช่า.....  
ชื่อเจ้าของบ้าน.....  
อาชีพเจ้าของบ้าน.....  
สถานที่ทำงานเจ้าของบ้าน.....

ชื่อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา ..... น้ำหนัก.....กก. สูง..... ซม. ผิวเนื้อ..... รูปใบหน้า..... ผมสี..... ตาสี..... ตำหนิแผลเป็นที่เห็นเด่นชัด ..... บุคลิกลักษณะที่เห็นเด่นชัด .....	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                 ตีตรูปถ่าย             </div>
---	--

๖. บัตรประจำตัวประชาชนหมายเลข.....ออก ณ อำเภอ.....  
จังหวัด.....บัตรหมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๗. ระยะเวลา ๑๕ ปี ที่ผ่านมา พ.ศ.ใด ที่ท่านเคยอาศัย ณ ตำบล, อำเภอ, จังหวัดอะไรตามรายการข้างล่าง

ระยะเวลา		บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ	จังหวัด	ประเทศ
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๘. ประวัติการศึกษา (เคยเรียนหนังสือสำเร็จชั้นใด หรือหลักสูตรใดบ้าง แจ้งตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของโรงเรียน	ผลการศึกษา		
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.		ระดับ	สำเร็จ	ไม่สำเร็จ

.....  
(ชั้นความลับ)

๙. ประวัติอาชีพ (ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ประกอบอาชีพอะไรบ้าง แจกตามลำดับก่อนหลัง)

ระยะเวลา		ชื่อและที่ตั้งของสถานที่ทำงาน	ชื่อนายจ้าง	เหตุที่ออก
จาก พ.ศ.	ถึง พ.ศ.			

๑๐. ชื่อบุคคลที่รู้จักใกล้ชิด (ไม่ใช่ญาติพี่น้อง) เช่น นายจ้าง, เพื่อนบ้าน, เพื่อนสนิท จำนวน ๕ คน

ชื่อ - นามสกุล	อาชีพ	บ้านเลขที่, ถนน, ตำบล, อำเภอ, จังหวัด	จำนวนปีที่รู้จัก

๑๑. ประวัติครอบครัว บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา พี่น้องร่วมสายโลหิตทั้งหมด

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	อาชีพ	ที่อยู่อาศัย
บิดา				
มารดา				
ภรรยา, สามี				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				
พี่, น้อง				

๑๒. หมายเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ลงลายมือชื่อของข้าพเจ้าไว้เป็นสำคัญ วัน, เดือน, ปี ที่แจ้ง.....

(ลงชื่อ).....

เจ้าของประวัติ

.....  
เจ้าหน้าที่บันทึก  
...../...../.....

.....  
(ชั้นความลับ)

ประวัติแพทย์ประจำบ้าน ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ชื่อ-สกุล .....ชื่อเล่น.....  
ชื่อภาษาอังกฤษ (ตัวบรรจง).....  
เกิดวันเดือนปี.....อายุ.....ปี  
เลขที่บัตรประชาชน.....เลขที่บัตรข้าราชการ.....  
ที่อยู่ทะเบียนบ้าน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
โทร.บ้าน.....โทรมือถือ.....  
E-mail.....Line id .....  
ชื่อบิดา.....โทร.....  
ชื่อมารดา.....โทร.....  
อบรมสาขา.....  
สำเร็จการศึกษาสถาบัน.....ปี.....เกรดเฉลี่ย.....  
ใช้ทุนที่.....สังกัด.....ใบ ว. ....  
เลขที่บัญชี ธ.ทหารไทย สาขา รพ.ภูมิพลอดุลยเดช .....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน

๑.ชื่อ-สกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... โทร.....  
๒.ชื่อ-สกุล ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... โทร.....

แบบรายงานขอบัตรยานพาหนะหมายเลข ๓  
(ข้าราชการหน่วยนอก ทอ.และบุคคลภายนอก)

(ผนวก ข)

เขียนที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอบัตรยานพาหนะ

เรียน ผบ.ตม.(ผ่าน ทก.กรปก.สน.ผบ.ตม.)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาชีพ.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
สถานที่ติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
ใบอนุญาตขับรถยนต์จกักรยาน เลขที่.....ออกโดย.....บัตรหมดอายุ.....  
มีความประสงค์ขอมีบัตรยานพาหนะผ่านเข้า-ออก ตามเส้นทางที่กำหนดไว้โดยมียานพาหนะดังนี้  
รถยนต์นั่งส่วนบุคคล รถจักรยานยนต์ ยี่ห้อ.....สี.....หมายเลขทะเบียน.....  
จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ทก.กรปก.สน.ผบ.ตม.

เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

น.ท.

ทน.ผทพท.กรปก.สน.ผบ.ตม.

เรียน ผบ.ตม.

เพื่อพิจารณาอนุมัติ

น.อ.

ทก.กรปก.สน.ผบ.ตม.

อนุมัติ

พล.อ.ต.

ผบ.ตม.

ผู้ขอ

สัญญาค้ำประกัน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยศ,ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....โทร.....

ยศ,ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สถานที่ติดต่อ.....โทร.....

ข้าพเจ้าทั้งสองขอรับรองว่าตามที่.....

ขอนำรถหมายเลขทะเบียน..... ผ่านเข้า-ออกเขต ทอ.

ประจำปี.....และหากมีความเสียหายเกิดขึ้นกับ ทอ.

อันเนื่องมาจากการฝ่าเข้า-ออกของยานพาหนะดังกล่าวไม่ว่ากรณี

ใดๆข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมชดใช้ค่าเสียหายทั้งหมดหรือบางส่วนที่ยัง

ค้างชำระให้กับทางราชการแทนภายในกำหนด ๓๐ วัน นับแต่ได้รับ

แจ้งให้ทราบ หากผิดสัญญา ข้าพเจ้าทั้งสองยินยอมให้หน่วยต้น

สังกัดหักเงินเดือนของข้าพเจ้าทั้งสองชดใช้ให้แก่ทางราชการเป็น

รายเดือนจนกว่าจะครบจำนวนที่ต้องชดใช้ ข้าพเจ้าทั้งสองได้แนบ

สำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการมาแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ.....ผู้ค้ำประกัน

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

คำยินยอม

๑.ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตาม พ.ร.บ.จราจรทางบก,ระเบียบกองทัพอากาศ  
ว่าด้วยการจราจรทางบกและระเบียบกองทัพอากาศว่าด้วยการผ่าน  
เข้า-ออกทุกประการ

๒.ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สท.ทอ.ที่เกี่ยวข้อง  
หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ออก  
บัตรโดยเคร่งครัด

๓.หากข้าพเจ้าทำให้ทรัพย์สิน ของทางราชการ กองทัพอากาศเกิด  
ความเสียหาย ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ค่าเสียหายให้กับกองทัพอากาศ  
ทันที

๔.ข้าพเจ้าจะใช้บัตรกับยานพาหนะที่มีหมายเลขทะเบียนยานพาหนะ  
ที่ระบุไว้ในบัตรและใช้ยานพาหนะผ่านช่องทาง ทอ.๑,๒,๖,๗,๑๐ และ  
ทอ.๑๑ เท่านั้น

๕.หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำยินยอมข้อหนึ่งข้อใด ข้าพเจ้ายินยอม  
ให้ยึดบัตรยานพาหนะคืนและดำเนินการตามกฎหมายทันที และ  
ข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆ ทั้งสิ้น

.....ผู้ให้ความยินยอม

หลักฐานประกอบการขอบัตร

( ) สำเนาบัตรประจำตัว ( ) สำเนาหนังสือสัญญาเช่าซื้อรถ

( ) สำเนาใบอนุญาตขับรถ ( ) สำเนาทะเบียนบ้าน,ทะเบียนสมรส

( ) สำเนาทะเบียนรถยนต์ ( ) สำเนาบัตรประจำตัวผู้ค้ำประกัน ๒คน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

ตำแหน่ง.....

## ประวัติสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ชื่อ-สกุล.....

วันเดือนปีเกิด ...../...../..... อายุ ..... ปี เพศ  หญิง  ชาย นิสิตแพทย์ ชั้นปีที่.....  แพทย์ประจำบ้าน  แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

โรคประจำตัว (physical / psychological) และ การรักษาพยาบาล.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรง/นอนโรงพยาบาล .....
2. ผลการตรวจทางเคมี (วตป.ที่ตรวจ ..../...../.....) (กรุณาระบุผลการตรวจและแนบผลการตรวจ)
  - a) CBC .....
  - b) UA .....
  - c) BUN/Cr .....
  - d) LFT SGOT..... SGPT..... Alk phos.....
3. ผลการตรวจคัดกรองวัณโรค
  - เอ็กซเรย์ปอด (วตป.ที่ตรวจ ...../...../.....) ผลตรวจ .....(\* แนบผลการอ่านฟิล์ม)
4. ผลการตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ \*\* (กรุณานแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค)

การตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ	การตรวจภูมิคุ้มกันโรค			
	วตป.ที่ตรวจ	ผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค	ผลการตรวจ	
Hepatitis B virus		HBsAg	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
		Anti-HBs Ab	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Measles		Measles IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Mumps		Mumps IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Rubella		Rubella IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
Varicella		Varicella IgG	<input type="checkbox"/> Positive	<input type="checkbox"/> Negative
		ประวัติเคยเป็นสุกใส วตป ...../...../.....		

5. ประวัติการฉีดวัคซีน
  - a) Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis) วตป.ที่ฉีด ...../...../.....
  - b) Influenza ..... วตป.ที่ฉีด ...../...../.....
  - c) COVID - 19 \*\* (แนบประวัติการรับวัคซีน) วตป.ที่ฉีด ...../...../.....

ขอรับรองว่าประวัติและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

วตป...../...../.....

หมายเหตุ \* การตรวจผลเลือดและเอ็กซเรย์ กรุณานแนบผลการตรวจเลือด และผลการอ่านฟิล์ม

\*\* การตรวจภูมิคุ้มกันโรค กรุณานแนบผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรคที่ตรวจ ภายในระยะเวลา 1 ปี

เอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	สิทธิการรักษา
<input type="text"/>	<input type="radio"/> บัตรช่วยสงเคราะห์
<input type="text"/>	<input type="radio"/> ประกันสุขภาพ
<input type="text"/>	<input type="radio"/> ประกันสังคม
<input type="text"/>	<input type="radio"/> บริษัทผู้สัญญา
<input type="text"/>	<input type="radio"/> สันติรักษ์
<input type="text"/>	<input type="radio"/> เงินสด
<input type="text"/>	<input type="radio"/> อื่นๆ

เลขที่ใบสำคัญ / Passport

ตำแหน่ง/ชื่อ นาย  นางสาว  น.ส.  อ.ส.  อื่นๆ

(ภาษาไทย) ชื่อ  สกุล

(ภาษาอังกฤษ) First name  Middle name  Last name

เพศ  ชาย  หญิง วัน เดือน ปี เกิด  /  /  อายุ  ปี

เดีวราช  สัญชาติ  ศาสนา

สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  หย่า  หย่าร้าง  ว่าง

ชื่อ/สกุลบิดาผู้ป่วย

ชื่อ/สกุลมารดาผู้ป่วย

ชื่อ/สกุล  สามีผู้ป่วย  ภรรยาผู้ป่วย

ข้อมูลที่สามารถติดต่อได้	โทรศัพท์
บ้านเลขที่ <input type="text"/> หมู่ <input type="text"/> ซอย <input type="text"/>	บ้าน <input type="text"/>
ถนน <input type="text"/> ตำบล/แขวง <input type="text"/>	มือถือ <input type="text"/>
อำเภอ/เขต <input type="text"/> จังหวัด <input type="text"/>	

ข้อมูลตามทะเบียนบ้าน	<input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่ <input type="text"/> หมู่ <input type="text"/> ซอย <input type="text"/>	ถนน <input type="text"/>
ตำบล/แขวง <input type="text"/>	อำเภอ/เขต <input type="text"/> จังหวัด <input type="text"/>

ผู้ที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน	หมายเลข	ญาติหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน
ชื่อ/สกุล <input type="text"/>	เบอร์โทรศัพท์ <input type="text"/>	ชื่อ/สกุล <input type="text"/>
บ้านเลขที่ <input type="text"/> หมู่ <input type="text"/> ซอย <input type="text"/>		ชื่อ/สกุล <input type="text"/>
ถนน <input type="text"/> ตำบล/แขวง <input type="text"/>		ชื่อ/สกุล <input type="text"/>
อำเภอ/เขต <input type="text"/> จังหวัด <input type="text"/>		ชื่อ/สกุล <input type="text"/>

ประวัติการฉีดวัคซีน	โรคประจำตัว	หมายเหตุ
<input type="radio"/> ฉีด <input type="radio"/> ไม่ฉีด	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> ไม่ทราบ		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตามที่ควรแจ้งทุกประการ และยินยอมให้ตรวจเอกสาร  
 ทะเบียนโรคฯ สาขานิติเวช รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปและข้อมูลจากแฟ้มประวัติการมีทะเบียนสมรสการตรวจโรคฯ  
 ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช นานาชาติเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคและดำเนินการให้การรักษา  
 แก่ตัวท่านหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ไม่สามารถเสียทวงสิทธิ์ในรูปถ่ายเอกสาร  
 ลงชื่อ   ผู้ป่วย  ผู้ที่ผู้ป่วย  ผู้นำส่ง  
 วันที่  /  /