

PEDIATRIC REGISTRATION CONSENT FORM 小児科 初診登録用紙

Date 日付.....

General information ご登録情報

Name 名前.....Middle NameLast Name 名字.....
 Date of Birth 生年月日: Date(日)Month (月)Year (年)Age (年齢)
 Gender 性別 Male 男 Female 女 Citizenship 国籍.....Religion 宗教.....
 Present Address 現住所.....
 Street ソイ.....,.....通り Sub-district.....District
 Province / City.....Zip code 郵便番号Country 国.....
 Home Tel 電話.....Mobile Tel 携帯電話.....E-Mail Eメール.....

Parents information 患者様情報

Mother's Name 母の氏名	Father's Name 父の氏名
<input type="checkbox"/> Address same as above 住所は上記と同じ Home Tel. 電話..... Mobile Tel. 携帯..... E-Mail <input type="checkbox"/> Other Address (Specify) その他住所	<input type="checkbox"/> Address same as above 住所は上記と同じ Home Tel. 電話..... Mobile Tel. 携帯..... E-Mail <input type="checkbox"/> Other Address (Specify) その他住所
Child lives with <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Both parents <input type="checkbox"/> Guardian, relationship to patient 同居 母 父 両親 保護者：続柄 Guardian's name 保護者のお名前..... Home 自宅 Tel.....Mobile 携帯 TelE-Mail Eメール.....	
Person to be notified in the case of an emergency 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/> Mother 母 <input type="checkbox"/> Father 父 <input type="checkbox"/> Guardian 保護者	

Financial and insurance information 支払方法・保険の有無

Self pay 自己払い Contract company 会社請求.....
 Insurance company 保険会社.....
 I (Mr./Mrs./Miss) Age

As The patient 患者様ご本人
 The representative of aforementioned patient's 代理人として..... (state the relationship) 続柄
 hereby gives consent and willingness to obtain health care services at The Samitivej Sukhumvit Hospital.
 上記をもって、サミティヴェート病院での治療を希望し申し込みます。

I have received and I fully understand the Patient's Rights Declaration. I acknowledge that I am financially responsible for payments whether or not covered by insurance. I have therefore placed my signature below to enable the medical team to provide the care and treatment.
 私は患者の権利について十分に理解しています。治療費については、保険が適応されるか否かに関わらず、支払いの責任があることを認識しています。私は以上の内容を持って、介護・治療を希望し署名いたします。

()
 Signature of the patient / parents / guardian
 患者・家族・親族の署名

()
 Signature of Hospital witness
 病院の署名

Name _____

HN _____

Date of Birth _____ Age _____ Sex _____

Attending Physician _____

PEDIATRIC NEW PATIENT INFORMATION 小児科 初診問診表

สถานที่เกิด _____ กรุ๊ปเลือด _____

出生地 _____ 血液型 _____

น้ำหนักแรกคลอด _____ ความยาว _____ ขนาดรอบศีรษะ _____
出生時体重 _____ 出生時身長 _____ 頭圍 _____

การคลอด ธรรมชาติ การผ่าตัด Apgar's score 1' _____ 5' _____
出産方法 自然分娩 帝王切開 アプガー指数

Newborn Screening : TSH (甲状腺ホルモン) _____ PKU (フェニルケトン尿症) _____

新生児スクリーニング検査 : Hearing Test 聴力検査 _____

ปัญหาหลังคลอด (出生時の問題) ไม่มี (なし) มี (ระบุ) あり (特記事項) _____

มีประวัติพัฒนาการทางร่างกาย หรือจิตใจผิดปกติหรือไม่ (発達や精神面で気になることはありますか?)

ไม่มี (なし) มี (ระบุ) あり (特記事項) _____

ประวัติการแพ้ (アレルギー)

แพ้ยา (薬) ไม่ทราบ (なし) มี あり (詳細) _____

แพ้อาหาร (食べ物) ไม่ทราบ (なし) มี あり (詳細) _____

แพ้อื่น ๆ (その他) ไม่ทราบ (なし) มี あり (詳細) _____

ประวัติการเจ็บป่วย หรือ โรคประจำตัว (これまでの大きな病気や持病の内容) _____

ประวัติการได้รับยาประจำ (現在服用している薬) _____

ประวัติการผ่าตัด หรือรับการรักษานในโรงพยาบาล (手術・入院の履歴)

ไม่มี (なし) มี (ระบุ) あり (詳細) _____

ประวัติพี่น้อง (兄弟姉妹)

ชื่อ (名前)	อายุ (年齢)	เพศ (性別)	ปัญหาสุขภาพ (健康状態)
		<input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/> M 男	
		<input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/> M 男	
		<input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/> M 男	
		<input type="checkbox"/> F 女 <input type="checkbox"/> M 男	

ประวัติโรคเรื้อรังใน ครอบครัว (ご家族の既往歴) ไม่มี (特になし)

เบาหวาน (糖尿病) ความดันโลหิตสูง (高血圧症) มะเร็ง (がん) _____

อื่นๆ (その他) _____

ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นความจริง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพ

I understand the importance of a truthful health history to assist the doctor in providing the best care possible

上記は事実であり、医師が治療にあたる上で重要な情報である事を理解しています。

ลงชื่อ _____
(署名)

ผู้ให้ข้อมูล (情報を提供した方/用紙を記入した方)
โปรดระบุความสัมพันธ์ (お子様との続柄) _____

ลงชื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล _____ วันที่ (日付) _____

(病院スタッフ署名)