|  |
| --- |
| **ตารางนัดหมายโรงพยาบาล○○○○**นที่กรอกเอกสาร：วันที่ เดือน ปี（填表日期：年/月/日） |
| **ข้อมูลพื้นฐาน****基本資料** |
| ชื่อ姓名 |  | คำนำหน้าชื่อ尊稱 | □Miss □Mrs. □Mr. |
| เพศ性別 |  | วันเดือนปีเกิด生日 |  (YYYY/MM/DD) |
| สัญชาติ國籍 |  | ประเทศที่พำนัก現居國家 |  |
| อีเมล์電子信箱 |  | หมายเลขหนังสือเดินทาง護照號碼 |  |
| โทรศัพท์1電話一 | □เบอร์บ้าน 家裡電話□เบอร์มือถือ 行動電話□เบอร์ที่ทำงาน 工作電話 | โทรศัพท์2電話二 | □เบอร์บ้าน 家裡電話□เบอร์มือถือ 行動電話□เบอร์ที่ทำงาน 工作電話 |
| ภาษาแม่母語 |  | ศาสนา宗教信仰 |  |
| ที่อยู่ปัจจุบัน居住地址 |  | ช่องทางติดต่อที่สะดวก預期聯絡方式 | □โทรศัพท์ 電話□อีเมล์ 電子信箱□ได้ทั้งสองช่องทาง 兩者皆可 |
| ต้องการให้ระบุชื่อสถานพยาบาลขณะติดต่อคุณหรือไม่？當醫院聯絡您時，是否可提到醫院的機構名稱呢？ | □ใช่ 是□ไม่ใช่ 否 |
| คุณทราบข้อมูลจากโรงพยาบาลจากช่องทางใด？您透過何種管道得知本院訊息？ | □แพทย์ 主治醫師□ญาติพี่น้อง 親友□หัวหน้าและเพื่อนที่ทำงาน 主管同事□เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 本醫院員工□เว็บไซต์ของโรงพยาบาล 本醫院網站□กรุ๊ป/บล็อก 社群/討論區□ผู้สื่อข่าวอื่น 其他新聞媒體□หน่วยงานราชการ 政府機構□หน่วยงานประกันสุขภาพ 醫療保險單位 |
| **ความต้องการด้านการแพทย์****醫療服務需求** |
| บริการที่ต้องการ所需服務 | □ปรึกษาทางการแพทย์และผ่าตัด 醫療諮詢與手術□ตรวจสุขภาพ 健康檢查□ความเห็นที่สอง 第二意見□ยังไม่แน่ใจ 尚未確定 |
| วันที่นัดหมาย預約日期 | □นัดหมายโดยเร็ว 儘速安排□นัดหมายตามวันที่ระบุ 日期偏好 (YYYY/MM/DD) | ฝ่ายและการตรวจ科別及檢查 |  |
| อธิบายอาการ症狀描述 |  |
| การเคลื่อนไหว行動能力 | □เคลื่อนไหวได้ 行動未受限□นั่งรถเข็น 輪椅□ติดเตียง 臥床□ห้องไอซียู 加護病房 | ระบุแพทย์指定醫師 |  |
| สถานะการรักษา治療現況 |  | สถานะประกันสุขภาพ醫療保險現況 |  |
| **ประวัติของผู้ป่วยและครอบครัว****個人與家族史** |
| กรุณาทำเครื่องหมาย「V」หากคุณหรือครอบครัวเคยเป็นโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรังดังต่อไปนี้若您或您的家屬曾經罹患以下重大疾病或慢性病，請與表格中打「V」。 |
| 疾病名稱 | ชื่อโรค | ผู้ป่วย病人 | บุพการี家長 | พี่น้อง手足 | ปู่ย่า (ตายาย)祖（外）父母 |
| 糖尿病 | โรคเบาหวาน |  |  |  |  |
| 心臟疾病 | โรคหัวใจ |  |  |  |  |
| 高血壓 | ความดันโลหิตสูง |  |  |  |  |
| 癌症 | โรคมะเร็ง |  |  |  |  |
| 肝炎 | โรคตับ |  |  |  |  |
| 中風 | โรคหลอดเลือดสมอง |  |  |  |  |
| 腎臟疾病 | โรคไต |  |  |  |  |
| 肺結核 | วัณโรค |  |  |  |  |
| 癲癇 | ลมชัก |  |  |  |  |
| 重度地中海貧血 | โรคธาลัสซีเมียร์รุนแรง |  |  |  |  |
| 精神疾病 | โรคประสาท |  |  |  |  |
| 其他 | อื่นๆ |  |  |  |  |
| 接受重大手術 | เคยผ่าตัดใหญ่ |  | ชื่อผ่าตัด 手術名稱： |
| 對藥物過敏 | แพ้ยา |  | ชื่อยา 藥物名稱： |
| 30日內旅遊 | เคยเดินทางภายใน 30 วันนี้ |  | สถานที่ท่องเที่ยว 旅遊地點： |
| **การใช้ชีวิต****生活型態** |
|  | บ่อย經常 | บางครั้ง偶爾 | ไม่เคย從不 | เลิกแล้ว已戒除 |
| คุณสูบบุหรี่หรือไม่？您是否吸菸？ |  |  |  |  |
| คุณดื่มเหล้าหรือไม่？您是否飲酒？ |  |  |  |  |
| คุณทานหมากหรือไม่？您是否嚼時檳榔？ |  |  |  |  |
| **ความต้องการด้านบริการอื่น****其他服務需求** |
| ด้านวีซ่า簽證需求 | ฉันต้องการความช่วยเหลืองด้านการยื่นขอวีซ่าเพื่อรักษาทางการแพทย์ที่ไต้หวัน我需要臺灣就醫簽證申請的相關協助。 |
| ด้านล่ามแปลภาษา翻譯需求 | 1. ภาษาที่ฉันต้องการใช้ในการเข้ารับการรักษาคือ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我希望就醫時使用的語言為1. ฉันต้องการให้ทางโรงพยาบาลจัดหาล่ามให้（หมายเหตุ：ให้บริการโดยมีค่าใช้จ่าย）

我需要貴院協助安排醫療翻譯服務。（註：此項服務為付費項目） |
| ด้านอาหาร飲食需求 | □อาหารเจ 素食 □อาหารฮาลาล 清真飲食□แพ้อาหาร ประเภท：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（食物過敏，食物名稱）□อื่นๆ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ด้านการคมนาคม交通需求 | □ฉันต้องการเลือกใช้บริการรถรับส่ง（หมายเหตุ：ให้บริการโดยมีค่าใช้จ่าย） 我需要下列勾選的交通接送服務。（註：此項服務為付費項目）1. สถานที่ใช้รถ 上車地點

□จากสนามบินถึงโรงพยาบาล สนามบินชื่อ：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 從機場到醫院，機場名稱為：□จากที่พักถึงโรงพยาบาล ที่อยู่ที่พัก：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 從居住地點到醫院，居住地點為：1. วันที่ใช้รถ 上車日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( YYYY/MM/DD)
2. ประเภทรถ 車型：

□รถเก๋ง 轎車 □รถตู้ 休旅車 □รถลีมูซีน 禮車 □อื่นๆ 其他 |
| ด้านที่พัก住宿需求 | □ฉันต้องการให้ทางโรงพยาบาลแนะนำโรงแรมที่ตั้งอยู่ใกล้ๆให้ 我需要貴院推薦醫院附近的飯店名單。 |
| ด้านการเดินทาง旅行需求 | □ฉันต้องการให้ทางโรงพยาบาลแนะนำสถานที่ท่องเที่ยวให้ 我需要貴院推薦適合旅行的地點。 |
| ด้านอื่นๆ其他需求 |  |
| **ข้อมูลผู้ติดต่อฉุกเฉิน****緊急聯絡人資料**  |
| ชื่อ姓名 |  | ความสัมพันธ์與病人之關係 |  |
| คำนำหน้า尊稱 | □Miss □Mrs. □Mr. | ประเทศที่พำนัก現居國家 |  |
| เบอร์ที่ติดต่อได้ช่วงกลางวัน日間連絡電話 | □เบอร์บ้าน 家裡電話□เบอร์มือถือ 行動電話□เบอร์ที่ทำงาน 工作電話 | เบอร์ที่ติดต่อได้ช่วงกลางคืน夜間連絡電話 | □เบอร์บ้าน 家裡電話□เบอร์มือถือ 行動電話□เบอร์ที่ทำงาน 工作電話 |