

ใบกรอกประวัติผู้ป่วยสำหรับส่งตรวจ **PCR for COVID-19** โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

หน่วยงานที่ส่งตรวจโรงพยาบาล.....

ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว / เด็กชาย / เด็กหญิง).....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ชื่อบิดาผู้ป่วย.....ชื่อมารดาผู้ป่วย.....

ใบกรอกประวัติผู้ป่วยสำหรับส่งตรวจ **PCR for COVID-19** โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

หน่วยงานที่ส่งตรวจโรงพยาบาล.....

ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว / เด็กชาย / เด็กหญิง).....นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ชื่อบิดาผู้ป่วย.....ชื่อมารดาผู้ป่วย.....