



ใบสมัครสมาชิกชมรมผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียแห่งประเทศไทย

เลขที่สมาชิก.....เลขที่บัตรประชาชน.....

ชื่อ.....นามสกุล.....
 เกี่ยวข้องเป็น ผู้ป่วย ญาติ อาสาสมัคร อื่น ๆ.....
 วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี การศึกษา.....
 อาชีพ.....รายได้.....บาท
 ที่อยู่..... หมู่/ถนน/ซอย..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัส.....มือถือ.....
 โทรศัพท์.....อีเมลล์.....

ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย

ประเภทของฮีโมฟีเลีย A () B อื่นๆ(ระบุ).....
 ชนิด รุนแรง ปานกลาง ไม่รุนแรง
 สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 รักษาประจำที่โรงพยาบาล.....
 โรงพยาบาลตามสิทธิรักษา.....
 ลงทะเบียนรับยา (แฟลคเตอร์เข้มข้น)ที่โรงพยาบาล.....
 ชื่อ-สกุลบิดา.....รายได้.....บาท
 ชื่อ-สกุลมารดา.....รายได้.....บาท
 จำนวนพี่น้อง.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน
 พี่น้องที่เป็นโรคฮีโมฟีเลียจำนวน.....คน ญาติ.....คน ไม่ทราบ
 พี่น้องที่เป็นพาหะโรคฮีโมฟีเลียจำนวน.....คน ญาติ.....คน ไม่ทราบ
 ชื่อ-สกุล ผู้ติดต่อได้.....
 ที่อยู่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
 จังหวัด..... รหัส..... โทรศัพท์.....

สภาพร่างกายผู้ป่วย ()เดินปกติ () ใช้ไม้ค้ำยัน () นั่งรถเข็น () อื่นๆระบุ.....

ความสามารถพิเศษ.....

กิจกรรมที่สนใจต้องการเข้าร่วมชมรม

ฮีโมฟีเลียเดย์ แคมป์ เครื่องช่วยภาคต่างๆ
 วารสารสัมพันธ์ กิจกรรมอื่นๆ.....

ท่านสามารถส่งใบสมัครฯได้ 3 ช่องทาง

1.ไปรษณีย์ - 270 งานสังคมสงเคราะห์ รพ.รามาริบดี
 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม.10400

ลงชื่อ.....
 (.....)

2. Fax - 02-383-4890

วันที่...../...../.....

3. e-mail- karn9645@live.com