

**แบบสำรวจเบื้องต้น ผู้ป่วยตามโครงการโรงพยาบาล 10,000 เตียง**  
**เทศบาลเมืองเกาะสมุย**

ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ) ..... สกุล ..... เพศ ..... อายุ .....

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ( บ้าน ..... ) ตำบล ..... อ. เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ .....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ..... โทรศัพท์.....

โรคประจำตัว ..... เป็นมานาน ..... แพทย์ .....

ข้อมูลอื่นๆ .....

.....

.....

.....

**แผนที่ที่อยู่อาศัยโดยสังเขป**

( กรุณาเขียนแผนผังให้ละเอียด อ้างอิงกับจุดสำคัญหรือเป็นที่รู้จัก เพื่อความสะดวกในการไปพบ )