



Pioneering in ART

មន្ទីរសំរាកព្យាបាល កម្ពុជា

លោកមុខគេផ្នែកបច្ចេកវិទ្យាជួយបង្កកំនើត

ទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺថ្មី
New Patient Registration Form

ប្រពន្ធឈ្មោះ /Female Patient/ Wife profile

នាមត្រកូល/Family Name: (Capital Letter) អក្សរឡាតាំង

នាមខ្លួន /Given Name (Capital Letter) អក្សរឡាតាំង

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of birth: អាយុ/ Age: សញ្ជាតិ/ Nationality:

ស្ថានភាពគ្រូសារ/Marital Status នៅលីវ/Single រៀបការ/Married មេម៉ាយ/widow

មុខរបរ/ Occupations: លេខទូរស័ព្ទ/Tel. N°

អ៊ីម៉ែល/Email: ឈ្មោះហ្វេសប៊ុក/Facebook name(optional):

ប្តីឈ្មោះ /Male Patient/ Husband profile

នាមត្រកូល/Family Name: (Capital Letter) អក្សរឡាតាំង

នាមខ្លួន /Given Name (Capital Letter) អក្សរឡាតាំង

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត/ Date of birth: អាយុ/ Age: សញ្ជាតិ/ Nationality:

ស្ថានភាពគ្រូសារ/Marital Status នៅលីវ/Single រៀបការ/Married ពោះម៉ាយ/ widower

មុខរបរ/ Occupations: លេខទូរស័ព្ទ/Tel. N°

អ៊ីម៉ែល/Email: ឈ្មោះហ្វេសប៊ុក/Facebook name(optional):

អាសយដ្ឋាន/Address:

ករណីទំនាក់ទំនងបន្ទាន់/ In case of emergency

ឈ្មោះ/Name: លេខទូរស័ព្ទ/Tel.

សម្ព័ន្ធភាព/Relation អ៊ីម៉ែល/Email:

តើលោកអ្នកស្គាល់មន្ទីរសំរាកព្យាបាលកម្ពុជាតាមរយៈអ្វី? How did you hear about Fertility Clinic of Cambodia?

- មិត្តភក្តិ/Friend សាច់ញាតិ/Relative ទស្សនាវដ្តី/Magazine ទូរទស្សន៍/TV វិទ្យុ/Radio កាសែត/Newspaper
វេបសាយ/Website ហ្វេសប៊ុក/Facebook គ្រូពេទ្យ/ Doctor (ឈ្មោះ/Name) Tel

ឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រ/ Medical Records

ការអនុញ្ញាតឱ្យកត់ត្រាឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបានផ្តល់ជូនមន្ទីរពេទ្យដើម្បីជាប្រយោជន៍នៃការព្យាបាល ការទូទាត់ប្រាក់ ឬ
ដំណើរការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងសេវាព្យាបាលផ្តល់ដោយមន្ទីរសម្រាកព្យាបាលកម្ពុជា។ Authorization of
records is hereby granted for the purpose of treatment, payment or health care operations in relation to the services provided at
FCC. Other specific request to release your medical records must be made in writing and maintained on file at FCC.

ហត្ថលេខាអ្នកចុះឈ្មោះ:
Registration Staff Signature

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ
Patient Signature

កាលបរិច្ឆេទ/Date:...../...../.....

កាលបរិច្ឆេទ/Date:...../...../.....