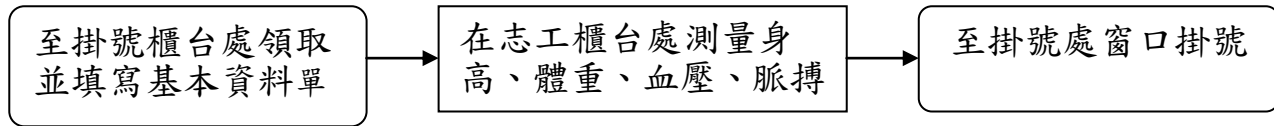


# 臺北榮民總醫院員山分院初診基本資料單

2007 年 09 月病管會通過  
2018 年 04 月病管會通過

初診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

初診病人掛號流程：



姓名		出生日期	____年____月____日	
身分證或護照號碼			電話	
			手機	
住址	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	鄰
	路(街)	段	巷	弄 號 樓
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大(專)學 <input type="checkbox"/> 研究所以上		職業	
藥物過敏	<input type="checkbox"/> 有：_____		血型	<input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> AB 型 <input type="checkbox"/> O 型 <input type="checkbox"/> 未驗
過去病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓疾病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病及肝硬化 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 免疫性疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 前列腺肥大 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 其他_____			
家族史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肝膽病 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 癌症_____		旅遊史 (請填寫最近半年內的旅遊時間及地點)	<input type="checkbox"/> 有：_____
健保 IC 卡讀取	<input type="checkbox"/> 願意器捐 <input type="checkbox"/> 不願意器捐 <input type="checkbox"/> 未註記器捐意願 <input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術		吸菸	<input type="checkbox"/> 有：_____
緊急聯絡人			緊急聯絡人電話	
資料來源	<input type="checkbox"/> 病人 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 其他_____			

以下測量部份請至掛號窗口的前方志工櫃台處測量：

身高：	公分 (cm)	體重：	公斤 (kg)
血壓：	mmHg	脈搏：	次/分