



患者基本資料單 (PERSONAL INFORMATION)

就診身分 Status 健保 I. 自費 P.

病歷號碼 (O.P.D.No.) _____ 此欄勿填

門診病人姓名公佈意願

為維護您的隱私，您可以選擇公佈姓名方式 Please choose how your name will be expressed :

姓名不需保密，如：林小明 姓名部分保密：林*明 姓名全保密：***

姓名 Name	出生日期 Date of Birth <input type="checkbox"/> 民國 年 Y 月 M 日 D	
性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	身分證號 I.D.No.	
血型 Blood Type	出生地 Place of Birth 市 縣	婚姻狀況 Marriage <input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married
<input type="checkbox"/> 無 No. <input type="checkbox"/> 嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒		
藥物過敏 Drug Allergy <input type="checkbox"/> 有 Yes(藥物名稱:) <input type="checkbox"/> Betel nut <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Drinking		
連絡電話 Tel No. (H) (O)		E-Mail :
通訊地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 區 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 縣 鄉 鎮 里 街		
Address		
教育程度 Education	宗教信仰 Religion	職業 Occupation
緊急連絡人姓名 Person to contact in case of emergency		與病患關係 Relationship
緊急連絡人電話 Tel. No.		

(2005年6月20日病歷委員會)

P1401(孟泉)，99年4月版，3110-4-001-1