臺安醫院

患者基本資料單

姓名:	出生日期:西元　　年　月　日 病歷號碼:

就診身分 Status ☐ 健保 National Health Insurance ☐ 自費 Self-Paid

性別 Gender ☐ 男 Male ☐ 女 Female	身分證號 Identity Card Number										

血型 Blood Type	出生地 Place of Birth 市 縣	婚姻狀況 Marital Status ☐ 未婚 Single ☐ 已婚 Married

藥物過敏 Drug Allergy ☐ 無 No ☐ 有 Yes（藥物名稱：　　）

☐ 嚼檳榔 Betel nut ☐ 喝酒 Drinking ☐ 抽菸/電子菸 Smoking/Electronic cigarette

手機 Mobile　　連絡電話 Telephone Number (Home/Office)

電子郵件 Electronic Mail

通訊地址	☐☐☐☐☐	市 縣	區 鄉鎮	里 村	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓
戶籍地址	同上 ☐ ☐☐☐☐☐	市 縣	區 鄉鎮	里 村	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓

Address

教育程度 Education	宗教信仰 Religion	職業 Occupation

緊急連絡人姓名 Emergency contact	與病患關係 Relationship
緊急連絡人電話 Telephone Number	

1. 臺安醫院依個人資料保護法第 19 條規定，基於保健醫療照護服務、公共衛生或傳染病防治、社會服務或社會工作、資(通)訊與資料庫管理、會計與相關服務其他諮詢與顧問服務等之特定目的蒐集當事人之個人資料。
2. 所蒐集的個人資料類別，包括識別類、特徵類、健康類、家庭情形、社會情況及其他為達成保健醫療照護服務、公共衛生或傳染病防治、社會服務或社會工作、資(通)訊與資料庫管理、會計與相關服務其他諮詢與顧問服務等之特定目的必要性資料。
3. 所蒐集的個人資料，將在臺安醫院內保健醫療照護服務期間中，在特定目的內提供給必要之對象與合法利用。
4. 當事人得依個人資料保護法第 3 條規定，依臺安醫院制定之程序(洽櫃檯)，行使請求查詢、閱覽、製給複製本、請求補充更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除個人資料等權利。
5. 當事人不提供必要性個人資料時，臺安醫院將無法提供保健醫療照護等服務。
6. 本人於醫療及照護服務之前提下，予臺安醫院相關醫療護理機構(產後護理之家、居家護理)使用本人的個人資料，並以信件、電子郵件、簡訊、傳真及電話等聯絡方式提供衛教、健檢、醫訊、門診表、醫療新知、關懷、滿意度調查等相關資訊。

本人已經仔細閱讀過臺安醫院個人資料保護管理告知事項，經詢答後，已充分瞭解內容。日後如有反對之意見，可依本告知事項第四點提出相關權利之申請。

就醫者簽名：_____　或　受告知人簽名：_____（關係：病患之_____）

西元_____年_____月_____日