

門諾醫院初診基本資料單

Mennonite Christian Hospital Form of First Vist

姓名 Name		出生日期 Date of Birth				年 yy	月 mm	日 dd
血型 Blood Type	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	身份證號碼 Passport NO.	婚姻狀態 Marital Status		<input type="checkbox"/> 未婚 single <input type="checkbox"/> 已婚 married <input type="checkbox"/> 其他 other		
國籍 Nationality:			住址 Address:					
聯絡電話: (1) Home Phone (2)				行動電話 Cell Phone				
職業 Occupation	<input type="checkbox"/> 00 無 none		<input type="checkbox"/> 04 工 worker	<input type="checkbox"/> 11 醫護人員 medical care personnel		<input type="checkbox"/> 15 船員 sailor		
	<input type="checkbox"/> 01 軍 soldier		<input type="checkbox"/> 05 商 businessman	<input type="checkbox"/> 12 行政人員 officer		<input type="checkbox"/> 16 家管 home maker		
	<input type="checkbox"/> 02 公 official		<input type="checkbox"/> 06 農 farmer	<input type="checkbox"/> 13 退休人士 retiree		<input type="checkbox"/> 17 自營業 self-owned business		
	<input type="checkbox"/> 03 教 teacher		<input type="checkbox"/> 07 學生 student	<input type="checkbox"/> 14 待業 job-waiting		<input type="checkbox"/> 99 其他 other		
緊急連絡人 Name of Contact				連絡人電話 Phone of Contact				
身高:			公分		運動			
體重:			公斤		<input type="checkbox"/> 無常規 <input type="checkbox"/> 常規(每週三次, 每次 31 分鐘以上)			
血壓: /			mmhg		腰圍: 公分			
吸煙: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒				檳榔: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒				
<input type="checkbox"/> 吸 10 年以下, 每天少於 20 支				<input type="checkbox"/> 嚼 10 年以下, 每天少於 20 顆				
<input type="checkbox"/> 吸 10 年以下, 每天 20 支(含)以上				<input type="checkbox"/> 嚼 10 年以下, 每天 20 顆(含)以上				
<input type="checkbox"/> 吸 10 年以上, 每天少於 20 支				<input type="checkbox"/> 嚼 10 年以上, 每天少於 20 顆				
<input type="checkbox"/> 吸 10 年以上, 每天 20 支(含)以上				<input type="checkbox"/> 嚼 10 年以上, 每天 20 顆(含)以上				

流程：服務台填寫、測量 ↓ 掛號