

門諾醫院初診基本資料單

Mennonite Christian Hospital Form of First Visit

姓名 Name		出生日期 Date of Birth	年 yy	月 mm	日 dd	吸菸 Smoke	<input type="checkbox"/> 是 Yes	<input type="checkbox"/> 否 No
血型 Blood Type	性別 Gender	身分證號碼 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					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 others	
緊急連絡人 Name of Contact					連絡人電話 Phone of Contact			