

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"/> 01 軍 soldier <input type="checkbox"/> 02 公 official <input type="checkbox"/> 03 教 teacher		<input type="checkbox"/> 04 工 worker <input type="checkbox"/> 05 商 businessman <input type="checkbox"/> 06 農 farmer <input type="checkbox"/> 07 學生 student		<input type="checkbox"/> 11 醫護人員 medical care personnel <input type="checkbox"/> 12 行政人員 officer <input type="checkbox"/> 13 退休人士 retiree <input type="checkbox"/> 14 待業 job-waiting		<input type="checkbox"/> 15 船員 sailor <input type="checkbox"/> 16 家管 home maker <input type="checkbox"/> 17 自營業 self-owned business <input type="checkbox"/> 99 其他 others		
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 <input type="checkbox"/> 吸 10 年以下，每天少於 20 支 <input type="checkbox"/> 吸 10 年以下，每天 20 支(含)以上 <input type="checkbox"/> 吸 10 年以上，每天少於 20 支 <input type="checkbox"/> 吸 10 年以上，每天 20 支(含)以上					檳榔： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 已戒 <input type="checkbox"/> 嚼 10 年以下，每天少於 20 顆 <input type="checkbox"/> 嚼 10 年以下，每天 20 顆(含)以上 <input type="checkbox"/> 嚼 10 年以上，每天少於 20 顆 <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