

病歷號：

初診資料表

填寫日期： 年 月 日

※一式二聯：第一聯：病人↓業務課

第二聯：病人↓門診診間↓病歷課

身分證號	☐ 身分證號 ☐ 居留證號 ☐ 護照證號 ☐ 陸籍身分證號																		
姓名											性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期	☐ 民國 ☐ 西元 年 月 日			國籍	☐ 本國 ☐ 其他：_____	
聯絡電話	電話()										電子信箱								
	手機 ※本院公務聯繫用，請務必填寫										郵遞區號								
現在地址	縣市 鄉鎮區市 村里 鄰 街路 段 巷 弄 號 樓 ※如有變更，請至批價櫃檯更新																		
戶籍地址	☐ 同現在地址 縣市 鄉鎮區市 村里 鄰 街路 段 巷 弄 號 樓																		
職業	☐ 無 ☐ 退休 ☐ 家管 ☐ 軍 ☐ 公 ☐ 教 ☐ 農 ☐ 林 ☐ 漁 ☐ 禽畜養殖人員 ☐ 工 ☐ 商 ☐ 自由 ☐ 服務 ☐ 學生 ☐ 醫療相關人員 ☐ 其他_____																		
聯絡人	姓名											關係	病人之		聯絡電話	電話() 手機			
	地址	縣市 鄉鎮區市 村里 鄰 街路 段 巷 弄 號 樓																	
※以下為病人就醫資料，請填寫完整供醫師看診使用※																			
婚姻	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥寡 ☐ 不便回答					教育程度	☐ 大學以上 ☐ 大學 ☐ 專科 ☐ 高中職 ☐ 國中 ☐ 小學 ☐ 不識字 ☐ 自學 ☐ 不詳												
宗教	☐ 無 ☐ 佛教 ☐ 道教 ☐ 基督教 ☐ 天主教 ☐ 伊斯蘭教 ☐ 其他_____																		
成人免填寫 (18歲以下 請填寫資料)	1. 出生史：(1) 出生週數：_____週； ☐ 早產 ☐ 足月 ☐ 不清楚 (2) 出生體重：_____公克 ☐ 不清楚 (3) 第幾胎數：_____胎；有 ☐ 兄_____人 ☐ 弟_____人 ☐ 姐_____人 ☐ 妹_____人 (4) 新生兒篩檢： ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 不清楚																		
	2. 生長發育史： ☐ 正常 ☐ 異常 ☐ 不清楚																		
	3. 疫苗接種史： ☐ 正常接種 ☐ 未按常規接種 ☐ 不清楚																		
	您最近的睡眠及情緒狀態 ☐ 睡眠品質佳 ☐ 睡眠品質可 ☐ 睡眠品質不佳 ☐ 其他_____																		
病史及家族史	本人或家族成員是否曾經罹患重大疾病或慢性病？ ☐ 否 ☐ 不清楚 ☐ 是，請填下表(打✓)										旅遊史	近30日內是否曾出國？ ☐ 否 ☐ 是，前往哪些國家？_____							
	稱謂	本人	配偶	子女	父母	弟兄姊妹	(外)祖父母	身高	公分	體重	公斤								
	糖尿病							吸煙史及菸暴露	☐ 無 ☐ 極少 ☐ 經常 暴露於二手菸環境 ☐ 已戒除，已戒_____年 ☐ 有，_____年，使用量_____支/天										
	心臟疾病							飲酒史	☐ 無 ☐ 已戒除，已戒_____年 ☐ 有，_____年，使用量_____杯/天										
	高血壓							檳榔史	☐ 無 ☐ 已戒除，已戒_____年 ☐ 有，_____年，使用量_____顆/天										
	癌症							手術史	☐ 無 ☐ 有_____ ☐ 不清楚										
	肝炎							藥物過敏	☐ 無 ☐ 有_____ ☐ 不清楚										
	中風							食物過敏	☐ 無 ☐ 有_____ ☐ 不清楚										
	腎病							填寫者與病人關係	☐ 本人 ☐ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 其他親友										
	肺結核																		
	癩癧																		
	地中海貧血																		
身心疾病																			
其他																			
文件編號		文件名稱					版次	機密等級	頁次										
MCH-RBB-4-ML-1017		初診資料表					02	一般	1/1										