

清華大學附設診所委託臺北榮民總醫院新竹分院經營 初診基本資料單

病歷號(Anamnesis NO) :

姓名 (Name)		性別(Gender)	<input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female)	出生地 (Birthplace)	
出生日期 (Date of Birth)	年 月 日	身高(height):		電話 (Phone number)	()-
		體重(weight):			
身分證字號 (ID Number/passport)				手機(Mobile)	
戶籍地址 (Permanent Address)	縣 鄉鎮 村 街 市 區市 里 路			段 巷 弄 號	
通訊地址 (Current Address)	<input type="checkbox"/> 同上				
緊急聯絡人 (Urgent Liaisoner)	姓名(Name)		電話(Phone Number)	()-	
	關係(Relationship)		手機(Mobile)		
通訊地址 (Current Address)					
婚姻狀況 (marital status)	<input type="checkbox"/> 已婚(Married)		藥物過敏(Drug allergy)	血型(Blood Type)	
	<input type="checkbox"/> 未婚(Unmarried)				
是否吸菸(Whether smoking) <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No			嚼檳榔(Whether chewing betel nut) <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No		
是否吸電子菸(Whether to smoke e-cigarette) <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No					