

## 初診基本資料表(1)

病歷號碼：\_\_\_\_\_

初診日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

|        |  |   |       |   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
|--------|--|---|-------|---|----|------|----------------------------------|---|---|---|--|--|--|
| 姓名     |  | 性別  | 身分證號  |   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
|        |  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | /居留證號 |   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 出生日期   | 民國(前)_____年_____月_____日  |   | 國籍    | <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 使用語言   | <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 其他_____ (可複選) |   |       |   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 血型(自訴) | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 不詳   |   |       |   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 通訊地址   | 縣  | 鄉區  | 村/里   | 路   | 段  | 巷    | 號                                | 樓 | 室 |   |  |  |  |
|        | 市  | 鎮市  | 鄰     | 街   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 戶籍地址   | <input type="checkbox"/> 同上  | 縣   | 鄉區    | 村/里   | 路  | 段    | 巷                                | 號 | 樓 | 室 |  |  |  |
|        |  | 市   | 鎮市    | 鄰   | 街  |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 電話     | 宅(H) 1. _____ - _____ 2. _____ - _____   |   |       |   |    | 行動電話 | <input type="checkbox"/> 有，_____ |   |   |   |  |  |  |
|        | 公(O) 1. _____ - _____  |   |       |   |    |      | <input type="checkbox"/> 無       |   |   |   |  |  |  |
| 緊急連絡人  | 姓名   |   | 關係    |   | 電話 |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
|        | 姓名   |   | 關係    |   | 電話 |      |                                  |   |   |   |  |  |  |
| 電子信箱   | <input type="checkbox"/> 有，電子郵件 _____ <input type="checkbox"/> 無   |   |       |   |    |      |                                  |   |   |   |  |  |  |

一、本人了解基於醫療過程與診療之必要，茲同意貴院為合理之蒐集、處理、利用本人提供的個人資料。

二、為確保就醫的安全，就醫過程中如有必要公開姓名(包括：診間、檢查室、手術室)時，本人的選擇是：

基於本人就醫安全，同意以完整姓名呈現(如：陳小明)

姓名中間以「○」代替(如：陳○明)。(以上空格如未勾選，則視為同意姓名中間以「○」代替)

三、本人同意個人相關資料提供貴院做為醫院建檔並願意接獲受院方以紙本郵件、電子郵件、簡訊、電話、資訊推播等方式提供之健康資訊、活動講座訊息、就醫提醒、就醫關懷服務及檢查檢驗報告。

四、本人同意貴院醫師為診療本人病情及藥師給予本人用藥指導需要時，於本人簽署本同意書翌日日期起算7年，可至衛生福利部中央健康保險署依全民健康保險法相關規定建置之健保雲端藥歷系統，執行下列作業：

(一)下載於查詢系統中本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料。(包含用藥紀錄、檢查檢驗項目、手術項目、牙科處置及手術項目等資料，下載內容將以健保署歷次公告為主)

(二)線上查詢及下載該查詢系統中，各特約醫事服務機構上傳之本人就醫結果資料。(包含檢查(驗)結果報告、檢查(驗)影像檔案、出院病歷摘要等資料，下載內容將以健保署歷次公告為主)

(三)前述資料，僅限本人於本院就診時，提供醫師診療本人病情，及藥師給予本人用藥指導需要時查詢比對使用，不得將該項資料另移作其他目的使用，且本人完成看診後，即應將該下載資訊刪除。但下載之資訊，醫師因醫療需要，已列入病歷者，不在此限。

五、本人得依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本條款或變更本條款內容之權利。

六、本人對於現在、過去健康狀況、生活狀況、及上述事項等內容，均已詳細閱讀、填寫、勾選，且保證所填載之內容及均為正確無誤。

立同意書人：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_ 關係：病人之\_\_\_\_\_ 年 月 日

法定代理人：\_\_\_\_\_ 身份證字號：\_\_\_\_\_ 關係：病人之\_\_\_\_\_ 年 月 日



為了讓醫師能更了解您的狀況，請續填背頁

## 初診基本資料表(2)

|                    |   |  |      |      |      |   |
|--------------------|---|--|------|------|------|---|
| 過 敏 病 史            |   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；食物：_____藥物：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳  |      |      |      |   |
| 三                  | 嗜                                       | 您目前有無吸菸習慣<br><input type="checkbox"/> 未抽菸<br><input type="checkbox"/> 有抽菸，但現在已戒菸：戒除__年，於__年戒除<br><input type="checkbox"/> 現仍有抽菸：每天__支，共抽__年，從__歲開始抽<br><input type="checkbox"/> 偶爾抽菸(應酬才抽)<br><input type="checkbox"/> 使用電子煙<br>同住家人是否吸菸(二手菸) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |      |      |      |   |
|                    | 好                                       | 您目前有無喝酒習慣<br><input type="checkbox"/> 未喝酒(或應酬才喝)<br><input type="checkbox"/> 有喝酒，但現在已戒酒：戒除__年<br><input type="checkbox"/> 現在仍有喝酒：每天__瓶，共喝__年，從__歲開始喝。  |      |      |      |   |
|                    |   | 您目前有無嚼檳榔習慣<br><input type="checkbox"/> 未嚼食<br><input type="checkbox"/> 曾有嚼食，目前已戒除：戒除__年，於__年戒除<br><input type="checkbox"/> 現仍有嚼食：每天__顆，共吃__年，從__歲開始抽<br><input type="checkbox"/> 偶爾嚼食(應酬才抽)  |      |      |      |   |
| 您過去是否有右列之疾病?(請打 V) |   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> B 型肝炎<br><input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆<br><input type="checkbox"/> 慢性潰瘍結腸炎 <input type="checkbox"/> 家族性大腸癌肉症 <input type="checkbox"/> 遺傳性非癌肉大腸直腸癌<br><input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他癌症_____ <input type="checkbox"/> 其他神經疾病_____<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |      |      |      |   |
| 四                  | 目前疾病名稱<br>(依上述右列名稱填寫)                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1. _____ 2. _____  |      |      |      |   |
|                    | 您過去是否曾接受過手術?(請打 V)                      | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫下列欄位)<br>1. 手術名稱：_____ 日期：____年__月 醫院：<br>2. 手術名稱：_____ 日期：____年__月 醫院：   |      |      |      |   |
| 五                  | 家族病史<br>請問您的(外)祖父母、父母、兄弟姐妹、子女中，是否有過其他疾病 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫下列欄位)   |      |      |      |   |
|                    |   | 親屬稱謂   | 疾病 1 | 疾病 2 | 疾病 3 | 說明  |
|                    |   |  |      |      |      | <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳 |
|                    |   |  |      |      |      | <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳 |
|                    |   |  |      |      |      | <input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳 |