

高雄榮民總醫院臺南分院

Kaohsiung Veterans General Hospital Tainan Branch

初診基本資料表

Basic Data on First Consultation

106.09.11 修訂版

初診日期 First Visit Date	年 月 日 D/ M/ Y	病歷號碼 Chart No.	(本欄由院方填寫)		
姓 名 Name			身份證號碼 ID No/ Passport No.		
出生日期 Birthday	年 月 日 D/ M/ Y	性 別 Sex	☐ 男 M ☐ 女 F	血 型 Blood Type	
國 籍 Nationality	☐ 本國 National ☐ 印尼 Indonesia ☐ 越南 Vietnam ☐ 泰國 Thailand ☐ 菲律賓 Philippines ☐ 韓國 Korea ☐ 美國 United States ☐ 其他 Other				
通訊地址 Address	郵遞區號 Zip Code 市(縣) 區鄉鎮 里村 路街 段 巷 弄 - 號 樓之				
電話號碼 Phone Number	(H) (O)		緊急連絡人及電話 Emergency contact person and telephone		
身 高 Height		體 重 Body weight	過敏藥物 Allergy medications	☐ 沒有 No ☐ 不知道 Unknown ☐ 有 Yes	
健康行為 Health Behavior	吸菸習慣 Smoking habit : ☐ 否 No ☐ 是 Yes ☐ 已戒 Quit				
	嚼檳榔習慣 Betel nut-chewing habit : ☐ 否 No ☐ 是 Yes ☐ 已戒 Quit				
個人資料同意書 Personal information consents					
本人 ☐ 同意 ☐ 不同意 貴院處理、利用本人留存病歷紀錄等相關通訊資料以寄發郵件、E-mail、簡訊、電話等方式通知衛教、健檢、病友會、醫訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷滿意度調查，日後有反對意見可提出申請停止利用。 I ☐ agree ☐ disagree with the use of my communication data in the medical records, as sending mail, SMS, e-mail, telephone, for the purpose of notification of medical knowledge, teaching activities, health compassion, satisfaction surveys, patients association, health exam., OPD schedule, etc. The authorization could be suspended if you declare in the future. * 同意人簽名 : Agree signature : _____					

備 註：請出示身份證、或戶口名簿及健保卡核對並影印。

Remark: Please show your passport、health insurance card and photocopy.