

臺北榮民總醫院新竹分院初診基本資料單

Taipei Veterans General Hospital Hsinchu Branch First Visit Form

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):	體重(weight):	電話 (Phone number)	()-
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 鄰 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)		<input type="checkbox"/> 是 Yes _____ <input type="checkbox"/> 否 No		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 未知
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					