

基本資料

初診日期: 年 月 日

病歷號:

姓名 Name		身分證字號 ID/Passport NO									
出生日期 Date of birth	年 月 日										
通訊住址 Address											
聯絡電話 Phone number	住家:	願意 E-mail 方式接獲本院相關訊息: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 E-mail:									
	行動:										
	公司:										
過敏史 History of allergy	食物 (food)	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 種類: _____									
	藥物 (medicine)	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 種類: _____									
	蠶豆症(G6PD deficiency)	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes									
血型 Blood type	<input type="checkbox"/> A 型 <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> O 型 <input type="checkbox"/> AB 型 <input type="checkbox"/> 不詳										
緊急聯絡人 Contact person	姓名:	關係:									
	電話:										