

初診基本資料表 New Patient Registration Form

初診日期: _____年____月____日
First Visit Date: Year Month Day

姓名: Name LastName FirstName MiddleName	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生日:西元 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
護照號碼(外國人填寫): Passport Number:	籍貫/出生地: Place of Birth	國籍: Nationality			
健保卡或居留證號 NHI/ARC :	電子信箱: E-mail				
電話 Telephone	家: Home	公司: Office	手機: Mobile		
地址: Address					
緊急聯絡人 Emergency Contact		關係 Relationship		電話 Phone	
職業 Occupation	<input type="checkbox"/> 學生 Student <input type="checkbox"/> 老師 Teacher <input type="checkbox"/> 服務業 Service <input type="checkbox"/> 農 Farmer <input type="checkbox"/> 工 Worker <input type="checkbox"/> 商 Business <input type="checkbox"/> 台商 TW Businessman <input type="checkbox"/> 其他: _____				
過去病史 Previous History	<input type="checkbox"/> 無 None <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 中風 Stroke <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 Peptic ulcer <input type="checkbox"/> B型肝炎 Hepatitis B <input type="checkbox"/> 其他: _____				
家族史 Family History	<input type="checkbox"/> 無 None <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 中風 Stroke <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 Peptic ulcer <input type="checkbox"/> B型肝炎 Hepatitis B <input type="checkbox"/> 其他: _____				
健康行為史 Health Behavior History	抽煙 <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有(已_____年) Yes(_____years) 每天_____包 Packs per day				
	喝酒 <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有(已_____年) Yes(_____years) 每_____天喝一次 Once every _____ days <input type="checkbox"/> 每天喝且酗酒 Drunk everyday				
	嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有(已_____年) Yes(_____years) <input type="checkbox"/> 每天10顆內 <10 beetlenuts per day <input type="checkbox"/> 每天超過10顆 >10 beetlenuts per day				
旅遊史 Travel History	<input type="checkbox"/> 無 None <input type="checkbox"/> 有:三個月內曾到_____ Yes, countries visited in the past 3 months		體重: Weight	公斤 kg	身高: Height
個人資料保護 Personal Information Protection	<p>1.基於醫療、疾病預防及相關健康照護服務之特定目的下，依個人資料保護法第5條、第8條、第9條等規定，貴院、光田醫療社團法人附設光田護理之家、通霄光田醫院、通霄光田醫院附設居家護理所以及光田醫療社團法人所屬或接受委託經營之機構，得蒐集、處理及利用本人於貴院之個人資料及病歷記錄相關資料，並瞭解貴院基於身份確認同意貴院影印本人之身份相關證明文件並存檔備查。 I hereby authorize Kuang Tien General Hospital, Kuang Tien General Hospital Nursing Home, Tong Siao Kuang Tien General Hospital, Tong Siao Kuang Tien General Hospital Home Care Center, and all Kuang Tien related entities to collect, manage, and use my personal information and medical records for medical care, disease prevention, and other healthcare purposes, according to the provisions of the Personal Data Protection laws Art5, Art8 and Art 9. I realize and authorize Kuang Tien to make copies of my identification documents for documentation purposes.</p> <p>2.同意醫院以信件、電子郵件、簡訊或其他聯絡方式通知本人或家屬，有關包括院訊、醫療美容及醫療新知資訊等，特定目的外之個人資料利用。 I permit to let Kuang Tien General Hospital use my personal information to contact me via mail, email, or mobile text, regarding hospital news, health information, and etc.</p> <p><input type="checkbox"/>同意 Yes <input type="checkbox"/>不同意 No</p> <p>3.診間候診名單是否願意公布姓名? May we display your name on the clinic screen? 願意 (<input type="checkbox"/>全名 <input type="checkbox"/>部分姓名) <input type="checkbox"/>不願意,只顯示病歷號 Yes Full Name Partial Name No, only Medical Record Number</p> <p>4.本同意書日後除本人有書面之反對意見表示外，永久有效。 I permit this authorization to be in effect now with no expiration date, unless I revoke the authorization in writing.</p> <p>立同意書人簽章: _____ 關係: _____ Patient's (or Guardian) Signature Relationship to Patient</p> <p>住址: _____ 電話: _____ Address Telephone Number</p> <p>日期: _____年____月____日 Date Year Month Day</p>				
備註 Additional Information	<p>1.填寫後，將此表併同身分證、健保卡交予掛號人員辦理掛號。 Please provide completed form, proof of identification, and insurance card for registration.</p> <p>2.本院室內室外全面禁菸、禁檳榔。 Tobacco and beetlenuts use of any kind is prohibited both inside and outside of our facilities.</p>				