

**複診掛號**

基本資料			
姓名	身分證號	出生日期	
		年	月 日
傳真號碼(掛號結果回傳用)：			
看診日期	科別	午別	醫師
年 月 日		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 夜診	

**初診者請加填下列基本資料**

衛生福利部草屯療養院 初診掛號申請單 病歷號：\_\_\_\_\_

姓名		性別	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	身分證號	
出生日期	民國 年 月 日	血壓	/	--	
教育程度	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 小學 3. <input type="checkbox"/> 國中 4. <input type="checkbox"/> 高中 5. <input type="checkbox"/> 專科 6. <input type="checkbox"/> 大學 7. <input type="checkbox"/> 研究所以上				
婚姻狀況	1. <input type="checkbox"/> 未婚 2. <input type="checkbox"/> 已婚 3. <input type="checkbox"/> 離婚 4. <input type="checkbox"/> 鰥寡		電話關懷	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
職業	1. <input type="checkbox"/> 公 2. <input type="checkbox"/> 教 3. <input type="checkbox"/> 農 4. <input type="checkbox"/> 工 5. <input type="checkbox"/> 商 6. <input type="checkbox"/> 服務業 7. <input type="checkbox"/> 經理 8. <input type="checkbox"/> 技術員 9. <input type="checkbox"/> 家管 10. <input type="checkbox"/> 學生 11. <input type="checkbox"/> 軍人 12. <input type="checkbox"/> 無 13. <input type="checkbox"/> 其他_____				
聯絡電話	電話：_____ 行動電話：_____				
E-mail					
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)	路(街)
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同通訊地址				
聯絡人	姓名		關係		電話
	住址	<input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 同戶籍地址			
介紹來源	1. <input type="checkbox"/> 本院病人 2. <input type="checkbox"/> 本院員工 3. <input type="checkbox"/> 親友介紹 4. <input type="checkbox"/> 司法單位 5. <input type="checkbox"/> 衛生機關警察消防單位 6. <input type="checkbox"/> 學校：_____ 7. <input type="checkbox"/> 醫院、診所：_____ 8. <input type="checkbox"/> 機構：_____ 9. <input type="checkbox"/> 本院活動 10. <input type="checkbox"/> 網路 11. <input type="checkbox"/> 傳播媒體：_____ 12. <input type="checkbox"/> 其他：_____				
初診日期	年	月	日		