

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	身份證號	
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：_____				
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)
	段	巷	弄	號	樓
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	吸煙 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			