



中山醫療社團法人中山醫院
CHUNG SHAN HOSPITAL

初診登記單

喝酒	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	最高血壓	mmHg							
嚼檳榔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		最低血壓	mmHg						
抽菸(電子煙)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 戒菸			脈搏	次/分鐘					
病歷號碼										
姓名				出生日期	西元	年	月	日		
身分證或 居留證字號				身高	cm					
				體重	kg					
藥物過敏記錄	<input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：			BMI						
食物過敏記錄	<input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：			血型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不清楚					
聯絡電話	公司：()			性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女			
	住宅：()			婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 已婚		<input type="checkbox"/> 未婚			
	行動電話：			國籍						
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			縣市	鄉鎮 區市	村里	鄰			
	路 街			段	巷	弄	號	樓		
運動習慣	最近兩週，您是否有運動(每週達150分鐘以上) <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有，但未達150分鐘 <input type="checkbox"/> 有，達150分鐘以上									
職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 其他：									
教育	<input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 博士(含以上) <input type="checkbox"/> 拒答									
宗教	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 拒答 <input type="checkbox"/> 其他：									
過去病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 手術： <input type="checkbox"/> 癌症： <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 其他：									
家族病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 其他：									
目前用藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：類別： <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 糖尿病藥 <input type="checkbox"/> 心血管用藥 <input type="checkbox"/> 氣喘用藥 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 其他：									
科別				醫生				初診日期	/	/
資料來源	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他：			緊急聯絡人						
※本人已知個人資料做為醫院建檔使用※				緊急聯絡電話						
※本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 接獲院方提供醫療用途及健康資訊相關訊息※				填寫資料者請填寫 請簽名						

說明事項： 1.凡曾來過本院就診不論那一科均視為複診，請勿重複填寫初診單
2.以上欄位均需填寫