

初診資料暨個人資料同意書

姓名：_____ 性別：男 女 身分證字號：_____

出生日期：_____年_____月_____日 電話：_____

行動電話：_____ E-mail：_____

血型：未知 A B O AB 血型來源：院內血庫 捐血中心 病人自述

通訊地址：_____

戶籍地址：同上_____

緊急連絡人：_____ 關係：_____ 緊急連絡電話：_____

職業：軍 公 教 工 商 農漁牧 自由業 服務業 家管 學生 其他
工作環境：接觸粉塵 接觸噪音 一般工作環境 搬重物 危險工作環境
教育程度：不識字 小學 國中 高中 專科 大學 碩士 博士

【過敏史】無 有 藥名：_____

【身體基本資料】血壓：_____ mmHg 脈搏：_____ /min
身高：_____ 公分 體重：_____ 公斤 無法站立

【個人病史及嗜好】

住院：無 有_____次 原因：_____

手術：無 有_____次 原因：_____

抽煙：無 偶爾 有：每日_____包_____支，已抽_____年_____月

喝酒：無 偶爾 有：每日_____瓶_____杯，已喝_____年_____月

檳榔：無 有 家族史：無 有

【旅遊史】近 10 日內有相關疫區之旅遊史、接觸史、職業史：無 有日期：_____ 國家：_____

【家族病史】：未知之家族成員資料可暫不填寫

稱謂	年齡	存	歿	同住	未知疾病	無	氣喘	癌症	糖尿病	痛風	肝炎或肝硬化	精神病	中風	肺結核	心臟血管	遺傳性疾病	其他
父親																	
母親																	
配偶																	
兒子																	
女兒																	

個人資料保護管理

1. 同意醫院基於醫療、照護、服務、提供就醫/保健資訊、關懷之特定目的下，醫院得蒐集、處理及利用本人之病歷記錄相關資料。
2. 同意醫院依個人資料保護法第 5、8、9 條等規定下蒐集資料，並同意醫院以電話、信件、簡訊、E-mail 等聯絡方式，通知看診時間、院訊、門診時間、醫療新知、健康促進活動、病友會、服務新知等相關資訊。
3. 本人/資料提供者已詳閱本件，經詢答之後，已充分瞭解內容並同意遵守，本同意書日後本人有書面之反對意見表示外，永久有效。

立同意書人：_____ 關係：_____

日期：_____年_____月_____日

建檔人員：_____ 主治醫師簽章：_____