



初診資料暨個人資料同意書

姓名：_____ 性別：男 女 身分證字號：_____

Name Sex Male Female ID or Passport Number

出生日期：_____年____月____日 電話：_____

Date of Birth Telephone

行動電話：_____ E-mail：_____

Mobile

血型：未知 A B O AB

Blood type

通訊地址：_____

Address

戶籍地址：同上 _____

緊急連絡人：_____ 關係：_____ 緊急連絡電話：_____

Contact Person

Contact Person's Mobile

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

【個人過去病史】

無 高血壓 血糖異常 高血脂 肝炎帶原 腸胃不適 心悸 鼻竇炎

咽或喉之異物感 眩暈 耳鳴 頭痛 頻尿 頸部腫大 水腫 其他：_____

【個人嗜好】

抽菸：無 有：每日____包____支，已抽____年____月 已戒菸

喝酒：無 有：每日____瓶____杯，已喝____年____月 已戒酒

檳榔：無 有：每日____顆，已嚼____年____月 已戒檳

住院：無 有____次 原因：_____

手術：無 有____次 原因：_____

【家族病史】

無 高血壓 糖尿病 高血脂 中風 癌症 氣喘 肺結核 肝炎 其他：

【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：_____

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，本同意書日後除本人有書面之反對意見表示外，永久有效。
4. 同意影印身分證文件存放病歷備查。

立同意書人(資料提供者)：_____ 關係：_____

日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

建檔人員：

其他17病歷委2014-12