



中山醫學大學附設醫院
Chung Shan Medical University Hospital
初診基本資料

病歷號碼： (由本院人員填寫)

姓名					出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證號										國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國
電話	宅	()		公	()					手機	
地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			縣市	鄉鎮市區			村里			
	街路			段	巷			弄 號 樓			
e-mail											
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中/職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上										
婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶										
職業	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 林 <input type="checkbox"/> 漁 <input type="checkbox"/> 牧 <input type="checkbox"/> 教育業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 批發及零售業 <input type="checkbox"/> 運輸業 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 醫療業 <input type="checkbox"/> 家管 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他										
危急通知人	姓名					宅	()			手機	
出生地區	<input type="checkbox"/> 本國：_____省_____縣市 (<input type="checkbox"/> 本院出生之病患) <input type="checkbox"/> 外國：_____										
就醫資訊	<input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 他院轉介 <input type="checkbox"/> 自行來院 <input type="checkbox"/> 被指定院所 <input type="checkbox"/> 媒體 (報紙電視廣播網路) <input type="checkbox"/> 本院員工推薦										