

臺中榮民總醫院初診基本資料表

病歷號碼_____

(病人不填)

請用正楷詳細填寫

中文姓名				出生日期	民國	前	年	月	日	國籍/國家 (出生地)	☐ 本國，_____縣市 ☐ 外國，國家_____			
英文姓名				電子郵件 (E-mail)						☐ 無 ☐ 有 其他商業保險				
☐ 身分證字號 ☐ 居留證號碼 ☐ 護照號碼											男			
											女			
											其他			
戶籍地址 (請寫鄰、里)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號之				
		市	區市	里		街				樓之				
通訊地址 ☐ 同上	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號之				
		市	區市	里		街				樓之				
電 話	宅 ()			公 ()			行動電話							
職業別	01.軍 02.公 03.教 04.商 05.工 06.農 07.漁 08.牧 09.自由業 10.家管 11.學生 12.運輸業 13.社服業 14.其他 15.無 16.無(無職榮) 17.服務業 18.電子業 19.醫護業								身 分	榮健 民保	遺健 眷保	員健 工保	健 保	民 眾
緊急聯絡人			關係			宅 ()	行動電話							
藥物過敏	☐ 無 ☐ 有		血 型		☐ O型 ☐ A型 ☐ B型 ☐ AB型 ☐ 不詳									
吸 菸	吸菸習慣	☐ 有 ☐ 無		☐ 已戒除										
	使用電子菸	☐ 有 ☐ 無		☐ 已戒除										
	已吸菸幾年	☐ 10年以下 ☐ 10-20年 ☐ 21年以上												
	每日吸菸數量	☐ 10支或更少 ☐ 11-20支 ☐ 21-30支 ☐ 31支以上												
	病人是否想要戒菸	☐ 是 ☐ 否												
喝 酒	最近半年 ☐ 不喝酒 ☐ 偶爾或應酬才喝 ☐ 經常喝					嚼 檳 榔		☐ 有 ☐ 無 ☐ 已戒除						
運 動	最近2週 ☐ 無 ☐ 有，但未達每週150分鐘以上 ☐ 有，且達每週150分鐘以上													
繳 驗 證 件 (正本)	◎健保身分：健保卡(如健保卡上無照片者，需攜帶身分證) ◎榮民或遺眷家戶代表：榮民證或遺眷證、健保卡。 ◎外籍人士：健保卡、居留證、護照。 ◎兒童：戶口名簿、健保卡、兒童健康手冊。 ◎其他可減免費用者：健保卡、相關證件(如：身障手冊、重大傷病卡、職員證)								初診日期	____年____月____日				
									就診科別					
備註：1、本院有提供民眾 APP 查詢就醫相關資訊服務，請填列最新個人基本資料(行動電話為必需)。 2、填寫後，將此表併同身分證件及健保卡交予櫃檯人員辦理。														
建檔人員：														

※如您是外國人不具健保身分，費用將以國際醫療加成收費，詳細收費資訊請參閱本院國際醫療中心網址或掃描 QR CODE

