

衛生福利部胸腔病院  
初診病患基本資料卡

初診日期： 年 月 日

病歷號碼：

姓名		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份證號碼			聯絡電話		
			行動電話		
職業	<input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 無		婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	
	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> AB型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> 未知			藥物過敏史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____
通訊住址				訂閱免費電子健康報 <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意	
是否同意收到本院簡訊		<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意		電子信箱	
緊急聯絡人			與病患關係	聯絡電話	
				行動電話	
<b>病患健康自評表</b>					
健康資料 (病患填寫)	量測項目	<input type="checkbox"/> 身高：_____公分 <input type="checkbox"/> 體重：_____公斤 <input type="checkbox"/> BMI：_____體重(kg) / 身高 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分 <input type="checkbox"/> 血壓：_____/_____mmHg <input type="checkbox"/> 脈搏：_____次/分			
	體重	<input type="checkbox"/> 無明顯改變 <input type="checkbox"/> 有(減輕/增加)_____公斤，期間_____			
	菸	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 電子菸)，量：_____支/天 頻率：_____天/周 <input type="checkbox"/> 已戒菸_____年 接觸二手菸 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	檳榔	<input type="checkbox"/> 無嚼食 <input type="checkbox"/> 有嚼食			
	酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，量：_____ml /天 頻率：_____天/周 <input type="checkbox"/> 喝酒種類：			
	運動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，運動時間約_____分鐘/天 <input type="checkbox"/> 頻率：_____天/周			
健康追蹤項目 (專業人員填寫)	醫師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有健康促進需求，但尚無須轉介(提供手冊-成人預防、銀髮族、疾病飲食) <input type="checkbox"/> 戒菸門診:照會/預約就診日期 <input type="checkbox"/> 轉介營養諮詢:照會/預約就診日期 <input type="checkbox"/> 未轉介原因: <input type="checkbox"/> 病人無意願 <input type="checkbox"/> 醫院離家太遠 <input type="checkbox"/> 時間無法配合 <input type="checkbox"/> 其他: (提供手冊-成人預防、銀髮族、疾病飲食) <span style="float: right;">醫師： 請用章</span>			
	衛教師	<input type="checkbox"/> 衛教指導: <input type="checkbox"/> 戒菸 <input type="checkbox"/> 戒檳 <input type="checkbox"/> 節制飲酒 <input type="checkbox"/> 肥胖 <input type="checkbox"/> 規律運動 <input type="checkbox"/> 健康飲食 <input type="checkbox"/> 維持正常體重 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 其他: <span style="float: right;">衛教師： 請用章</span>			
本院配合國健署推動全民健康生活政策，協助您關心及記錄自己的健康狀況與您該知道的健康訊息及相關資源，讓您的自我健康管理可以做得更好！ 以上衛教說明，如果您了解，請幫我們簽名： <span style="float: right;">請簽名 謝謝!</span>					