

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>			



表一、民眾自費檢驗COVID-19申請表

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

採檢項目	<input type="checkbox"/> 核酸檢測(PCR) 【 <input type="checkbox"/> 急件 <input type="checkbox"/> 一般件 】 <input type="checkbox"/> Ag抗原快篩		
申請人	(簽章)	身分證明 文件號碼	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
出生日期	_____年_____月_____日		
法定代理人	(簽章)	身分證明 文件號碼	<input type="checkbox"/> 身分證 <input type="checkbox"/> 居留證 <input type="checkbox"/> 護照
與申請人關係			
申請原因	<input type="checkbox"/> 國內工作需求(移工轉換雇主) <input type="checkbox"/> 外國或中國大陸、香港、澳門人士出境(含出國求學、移工出境) 出境日期：_____年_____月_____日入境國家：_____		
	<input type="checkbox"/> 就學(含實習) <input type="checkbox"/> 入住長照機構 <input type="checkbox"/> 其他因素：_____		
	<b>以下須經衛生主管機關同意</b> <input type="checkbox"/> 經嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心同意 <input type="checkbox"/> 居家隔離/檢疫者，因( <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 國外親屬)身故或重病等社會緊急需求，需外出奔喪或探視 <input type="checkbox"/> 旅外親屬事故或重病等緊急特殊因素入境他國家/地區		
個人自費檢驗 資料蒐集處理 及利用同意書	就申請人於民國_____年_____月_____日於衛生福利部胸腔病院接受 COVID-19自費檢驗資料之個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、 檢驗結果等資料)： 1.同意於簽署本申請表之日期起算 <input type="checkbox"/> 永久或_____年內，提供予衛生 福利部中央健康保險署做為載入申請人之 <input type="checkbox"/> 健康存摺及 <input type="checkbox"/> 健保醫 療資訊雲端查詢系統，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理 或利用。 _____(簽章)_____ (法定代理人簽章) 2.同意於簽署本申請表之日期起算 <input type="checkbox"/> 永久或_____年內，提供衛生福 利部疾病管制署作為相關疫情監測。 _____(簽章)_____ (法定代理人簽章) 申請人已瞭解：不同意提供個人自費檢驗資料對申請自費檢驗並無影 響。如同意提供，就提供之個人資料得依個人資料保護法第3條規定， 保留隨時取消本同意書之權利，並得行使：申請查詢或請求閱覽、製 給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。 中華民國_____年_____月_____日		