

臺北榮民總醫院桃園分院

初診基本資料表

病歷號碼：

本單請於看診時交給診間護理人員

姓名					出生日期	民國(前)	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
身份	<input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 榮民遺眷 <input type="checkbox"/> 員工 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 其他_____				婚姻	<input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 未	血型		教育程度					
身分證字號										聯絡電話	(宅)_____ - _____ (公)_____ - _____ (手機)_____ - _____			
聯絡地址	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓				
	市	市區	里		街		街							
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同聯絡地址				縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
	市	市區	里		街		街							
緊急聯絡人			關係		聯絡人電話	_____ - _____								
限榮民填寫	退伍階級		退伍日期		奉准退伍文號	字 號								
電子信箱										是否願意收到本院相關訊息： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				

病人健康資料卡

病史獲取對象： <input type="checkbox"/> 病人 <input type="checkbox"/> 其他 身高：_____公分 體重：_____公斤 職業：_____ 宗教信仰：_____	
近一年內是否出國？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 國名_____	
語言(可複選) <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他_____，以往就醫地點：_____	
過去病史	※請問您是否曾患下列疾病？請打勾。 <input type="checkbox"/> 1.肺結核 <input type="checkbox"/> 7.中風 <input type="checkbox"/> 13.血友病 <input type="checkbox"/> 2.心臟病 <input type="checkbox"/> 8.癲癇 <input type="checkbox"/> 14.惡性腫瘤： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，腫瘤名稱：_____ <input type="checkbox"/> 3.糖尿病 <input type="checkbox"/> 9.氣喘 <input type="checkbox"/> 15.手術： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，手術名稱：_____ <input type="checkbox"/> 4.腎臟病 <input type="checkbox"/> 10.紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 16.食物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，食物名稱：_____ <input type="checkbox"/> 5.肝炎 <input type="checkbox"/> 11.蠶豆症 <input type="checkbox"/> 17.藥物過敏： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，藥物名稱：_____ <input type="checkbox"/> 6.高血壓 <input type="checkbox"/> 12.高血脂 <input type="checkbox"/> 18.其他_____ 19. <input type="checkbox"/> 無
家族病史	※請問您的直系血親中，是否曾罹患重大疾病？ <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 無
現在病史	※此次就診問題？_____
	※這個問題持續多久了？約_____天，_____週，_____月，_____年

續背面

病人健康資料卡

過去一年生活回顧	<p>※請勾選最適合的選項：</p> <p>1.睡眠時間： <input type="checkbox"/>每日睡足7~8 小時 <input type="checkbox"/>不足7~8 小時 <input type="checkbox"/>時常失眠</p> <p>2.早餐習慣： <input type="checkbox"/>每天吃 <input type="checkbox"/>偶爾 <input type="checkbox"/>不吃</p> <p>3.若以每週至少運動 3 次，每次至少 30 分鐘為基準，您做到了嗎？<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>沒有</p> <p>請問您每週運動時數約？</p> <p><input type="checkbox"/> <30 分鐘 <input type="checkbox"/> 30-60 分鐘 <input type="checkbox"/> 60-90 分鐘 <input type="checkbox"/> 90-120 分鐘 <input type="checkbox"/> >120 分鐘</p> <p>4.吸菸習慣： <input type="checkbox"/>不吸菸 <input type="checkbox"/>吸菸，菸量約_____支/天 <input type="checkbox"/>被動吸菸，對象_____ <input type="checkbox"/>已戒</p> <p>5.喝酒習慣： <input type="checkbox"/>不喝酒 <input type="checkbox"/>偶爾喝 <input type="checkbox"/>時常喝，酒量約_____杯/天 <input type="checkbox"/>已戒</p> <p>6.嚼食檳榔： <input type="checkbox"/>不嚼食檳榔 <input type="checkbox"/>嚼食檳榔，量約_____粒/天 <input type="checkbox"/>已戒</p> <p>7.請問您每天刷牙情形： <input type="checkbox"/>幾乎不刷 <input type="checkbox"/>一次 <input type="checkbox"/>兩次 <input type="checkbox"/>三次以上</p> <p>8.請問您每天攝取蔬菜量約？ <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>一碟 <input type="checkbox"/>兩碟 <input type="checkbox"/>三碟以上</p> <p>9.請問您每天攝取水果份數約？ <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>一份 <input type="checkbox"/>兩份 <input type="checkbox"/>三份以上</p> <p>10.請問您每天水份攝取量約？</p> <p><input type="checkbox"/> <500 C.C. <input type="checkbox"/> 500-1000 C.C. <input type="checkbox"/> 1000-1500 C.C. <input type="checkbox"/> 1500 -2000 C.C. <input type="checkbox"/> >2000 C.C.</p> <p>11. (女性回答) 請問您是否每年定期接受抹片檢查？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>12.最近兩個星期以來，你是否差不多每天的大部分時間都覺得憂鬱或情緒低落？</p> <p><input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶爾 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>13.最近兩星期以來，你是否對大多數的事物比較感受不到興趣，或是對過去大部分時間應會覺得愉快的事情，比較不能感受到樂趣？ <input type="checkbox"/>很少或沒有 <input type="checkbox"/>偶爾 <input type="checkbox"/>時常</p> <p>14.目前是否有長期服用藥物？<input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有 (請勾選) <input type="checkbox"/>降血糖藥 <input type="checkbox"/>降血壓藥 <input type="checkbox"/>抗凝血藥 <input type="checkbox"/>心臟病藥，或其他藥物_____</p>
健康促進需求	<p>請問您願意收到健康促進相關訊息嗎？</p> <p><input type="checkbox"/>願意，我希望收到 <input type="checkbox"/>衛教單張 <input type="checkbox"/>健康促進活動訊息 (可複選) <input type="checkbox"/>其他</p> <p><input type="checkbox"/>不願意</p>
其他	<p>請問您目前是否領有下列相關證明？ (可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>榮民證或榮民遺眷證 <input type="checkbox"/>中低收入戶 <input type="checkbox"/>清寒家庭 <input type="checkbox"/>身心障礙手冊 <input type="checkbox"/>重大傷病卡</p> <p><input type="checkbox"/>無</p>