

# 衛生福利部臺東醫院 初診基本資料表

Taitung Hospital, Ministry of Health and Welfare First Visit Patient Registration

門、急診   轉檢   打疫苗   體檢   監所   其它\_\_\_\_\_ 病歷號碼：

姓名 Name		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	藥物過敏史 Drug allergy history	<input type="checkbox"/> 無(N) <input type="checkbox"/> 有(Y)	檳榔  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
出生日期 Birth date	民國(前)____年(Y)____月(M)____日(D)				血型 Blood Type		
身分證字號 ID No.							有無  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
連絡電話 Tel. No.	宅(H)：		公(O)：				抽菸  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	手機(Mobile phone)：						
連絡地址 Address	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____市(縣)____區(市鄉鎮)____村____里 _____路(街)____段____巷____弄____號____樓						有無  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
家族史 Family history	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心血疾病 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 中風						有無  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
婚姻狀況 Marriage	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		身高 Height		體重 Weight		喝酒  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
職業 Occupation			旅遊史 Travel	半年內 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無出國，至_____旅遊			
緊急連絡人姓名 Emergency Contact					與病患關係 Relationship		有無  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
緊急連絡人電話 Telephone No.							

本人已詳細閱讀過背面內容，充分瞭解且同意遵守，並填寫上述資料。

立同意書人：\_\_\_\_\_ 代筆人：\_\_\_\_\_

※資料填妥後，請持此單、身分證文件及健保 IC 卡至批價掛號櫃檯辦理手續。

## 個人資料使用規範說明

本人於衛生福利部臺東醫院尋求醫療、照護服務，了解醫院基於醫療照護需求，將妥善處理所提供之個人資料（包括姓名、身分證字號、生日、聯絡電話、地址...等）及病歷紀錄相關資料，並於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。

本人同意依個人資料保護法第5條至第9條、第16條、第20條等規定，於醫院處理、利用本人留存病歷紀錄等相關通訊資料以寄發信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等方式通知醫師休診或代診、衛教、健檢、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷滿意度調查、健康促進活動等相關資訊。

本人已瞭解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。

日後有反對意見可提出申請停止利用。惟若拒絕提供個人資料，本院將無法提供相關服務，但並不因此而損失應有之權益。