

門診病歷首頁 (初診掛號單)

初診日期 年 月 日

病歷號

姓名	性別	身分證字號	出生			民國	健保	榮保	福保	社輔	其他
			年	月	日						
戶籍地址	縣市	鄉鎮區	村里	路段街	巷弄	號之					
通訊地址											
電話				手機							
婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 有偶 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 喪偶			家庭成員	共_____名, 孩童_____名						
身高	公分	體重	公斤	BMI							
過敏藥物	重大傷病		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		殘障手冊	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無					
抽菸	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 _____包/天, _____年		喝酒	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 _____瓶/天, _____年		嚼食檳榔	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 _____包/天, _____年				
緊急連絡人											
姓名	親屬關係		連絡電話								
通訊地址											
緊急連絡人											
姓名	親屬關係		連絡電話								
通訊地址											
意識狀況	醒覺	<input type="radio"/> 清醒 <input type="radio"/> 嗜睡 <input type="radio"/> 混亂 <input type="radio"/> 木僵 <input type="radio"/> 輕度昏迷 <input type="radio"/> 重度昏迷									
	定向力	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 混亂 <input type="radio"/> 無法評估									
	注意力	<input type="radio"/> 集中 <input type="radio"/> 分散 <input type="radio"/> 無法評估									
日常生活	<input type="radio"/> 自理 <input type="radio"/> 部分協助 <input type="radio"/> 完全協助										
情感	<input type="radio"/> 適當 <input type="radio"/> 高昂 <input type="radio"/> 低落 <input type="radio"/> 淡漠 <input type="radio"/> 無法評估			經濟狀況	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 佳 <input type="radio"/> 差						