

病歷號碼：

姓名	生日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號	出生地		吸菸 檳榔	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已戒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已戒
血型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> 不知	教育程度	<input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 5.大學 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 6.碩士 <input type="checkbox"/> 3.高中職 <input type="checkbox"/> 7.博士 <input type="checkbox"/> 4.大專 <input type="checkbox"/> 8.無	婚姻
藥物過敏史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥名：			<input type="checkbox"/> 1.未婚 <input type="checkbox"/> 2.已婚 <input type="checkbox"/> 3.離婚 <input type="checkbox"/> 4.喪偶
職業	<input type="checkbox"/> 001 金融/保險/房地產 <input type="checkbox"/> 006 建築/營造 <input type="checkbox"/> 011 法律相關行業 <input type="checkbox"/> 016 農漁牧 <input type="checkbox"/> 002 政府機關 <input type="checkbox"/> 007 製造/供應 <input type="checkbox"/> 012 流通/零售 <input type="checkbox"/> 017 學生 <input type="checkbox"/> 003 軍警 <input type="checkbox"/> 008 資訊 <input type="checkbox"/> 013 交通/運輸/旅遊 <input type="checkbox"/> 018 家管 <input type="checkbox"/> 004 教育/研究 <input type="checkbox"/> 009 服務 <input type="checkbox"/> 014 娛樂/出版/藝術 <input type="checkbox"/> 019 其他 <input type="checkbox"/> 005 經商 <input type="checkbox"/> 010 醫療 <input type="checkbox"/> 015 傳播/廣告/行銷			
電話	(宅) (公) (手機)	E-MAIL		
通訊地址	縣(市) 鄉鎮區(市) 村(里) 路(街) 段 巷 弄 號 樓之			
緊急聯絡人	關係	電話	(宅) (公) (手機)	

*本表僅提供就醫紀錄使用，敬請詳細填寫。

C01133

*初診請持國民身分證或戶口名簿及健保IC卡繳驗。

個人資料使用說明暨同意書

1. 同意 不同意 個人資料蒐集、處理及特定目的外利用

茲於衛生福利部臺南醫院基於醫療、照護服務或特定目的下，並依個人資料保護法第5條、第8條及第9條等規定下，同意醫院得蒐集、處理或利用本人之病歷紀錄等相關資料(如家戶系統等)，並同意以信件、mail、簡訊或電話等聯絡方式通知衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷滿意度、健康促進活動等相關資訊。

2. 同意 不同意 跨院區資料查詢

本人了解衛生福利部臺南醫院基於醫療範圍之需要，同意醫師得透過資訊系統查詢本人於衛生福利部臺南醫院新化分院、成大醫院之治療紀錄，並了解本人如不同意個人資料跨院區查詢，則可能無法獲得跨院照護之整合服務(例如：需重複接受檢查、重複開立藥物等…)

本人已經仔細閱讀過本文件，經詢答後，已充分瞭解內容並同意遵守。本同意書日後若有反對意見可提出申請停止利用。

立同意書人簽名：

關係：

電話：

日期： 年 月 日