新竹馬偕紀念醫院初診基本資料單

Hsinchu MacKay Memorial Hospital First Visit Patient Registration

日期(Date)：_____年(Y)_____月(M)_____日(D)

姓　名		First Name /Surname	
出生日期 Date of Birth	_____年(Y)_____月(M)_____日(D)	國籍 Nationality	
身分證號碼 ID No.		性 別 Gender	☐男(M) ☐女(F)
手　機 Cell Phone		電　話 Telephone	(　　)－
住　址 Address			
電子信箱 E-mail		郵遞區號 Zipcode	
職業 Job Categories	☐商Business ☐工Engineering ☐農漁Agricultural/Fisheries ☐教育Education ☐自由Freelance ☐家管House wife ☐無None ☐其他Others:_____		
工作概況 Current Work	☐工作中Employed ☐退休Retired ☐待業Unemployed ☐無None		
婚姻狀況 Marital Status	☐未婚Single ☐結婚Married ☐離婚Divorced		
運動習慣 Exercise Habits	☐不運動 Never ☐偶爾運動 Occasionally ☐不清楚/不便回答 Don't know/Inconverient to answer ☐規律運動Regularly 每週運動Exercise frequency_____次(times/week) 每次運動 Exercise duration_____分鐘(mins/time)		
睡眠習慣 Sleep Habits	每日平均睡眠時間Sleep hours_____小時(hours/day) 近三個月就寢時間 Nearly three months of bedtime _____點(o'clock)		
其他習慣 Other Hobbies	☐無 NO ☐有 YES ☐被動吸菸(含二手菸) (Passive smoking including second-hand smoking ☐抽菸Smoking ☐已戒菸Quit smoking(過去平均每天吸:____支，已吸菸:____年) ☐目前還在吸菸(紙菸)Cigarette smoking (平均每天吸:____支，已吸菸____年) ☐新興菸品Other tobacco products(含電子煙e-cigarettes、加熱式菸品vaping products) ☐飲酒Drinking ☐已戒酒Quit drinking ☐目前還在飲酒Alcohol drinking(酒的種類Type of alcohol): ☐葡萄酒Wine ☐烈酒Spirits ☐啤酒Beer ☐高粱酒 ☐其他others_____ (平均每週喝_____次，每次_____毫升，已喝酒_____年) ☐檳榔Betel Nuts ☐已戒檳Quit betel nuts chewing ☐目前還在嚼食檳榔Betel nuts(平均每天嚼_____顆 ，已嚼食_____年) ☐其他 Others_____		
資料來源 Data source	☐本人 Myself ☐家屬 Family member ☐朋友 Friend ☐其他 Others:_____		

緊急聯絡人 Emergency Contact Person	姓名 Name		電話 Telephone	(　　)－
			手機 Cell Phone	
	關係 Relationship		地　址 Address	

☐同意 Agree
☐不同意 Disagree

本院及醫療體系(台北、淡水、新竹及台東)於醫療及照護服務之前提下，蒐集、處理及利用本人於體系之病歷記錄資料。

依個人資料保護法第 5 條至第 9 條、16 條、20 條等規定

本人是否同意醫院以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式，通知醫師休診或代診、衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度等相關資訊，如不同意連絡通知，本院將無法通知前述資料。

The Hospital and health care system (Taipei, Tamshui , Hsinchu and Taitung) under the premise of health and care services, collection, processing and use of personal information in the medical record system of records.

According to 5-9, 16, 20, etc. of the Personal Data Protection Law, do I agree that the hospital inform about DR. duty off or substitute、medical consultation、patient association、hospital information、 outpatient form、medical news、teaching activities、care、 satisfaction and other related information by letter, email, fax,message, telephone, etc .....if you do not agree to contact notice, our hospital will not be able to notify the aforementioned information.

立同意書人/法定代理人簽名(Sign)：　　關係(**Relation)**