

中正耳鼻喉科初診單

姓名			身份證字號		
生日	民國	年	月	日	性別
					體重
地址					
電話	(宅)		(手機)		
緊急聯絡人		關係		電話	
過去病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 癌症 其他:_____				
藥物過敏史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 藥名:_____		服藥方式 <input type="checkbox"/> 藥丸 <input type="checkbox"/> 藥粉		
嗜好	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 檳榔 <input type="checkbox"/> 酒		開刀史		