

彰化縣二水鄉衛生所初診單

Changhua County Erhshui Township Health Station First Visit Form

姓 名 Name			出生日期(民國) Date of Birth	年 (Y)	月 (M)	日 (D)	性 別 Gend	☐ 男(M)	☐ 女(F)
電話/Phone Number			身分證或居留證字號						
行動電話/Mobile			I D No. / A.R.C. No.						
現居地址 Address	縣 鄉 鎮 村 路 市 市區 里 街 段 巷 弄 號 樓								
電子信箱 E-mail				藥物過敏 Drug Allergy	☐ 是(Y)_____ ☐ 否(N)				
職業 Occupation	☐ 士(scholars) ☐ 農(farmers) ☐ 工(artisans) ☐ 商(merchants) ☐ 其他_____			婚姻狀態 Marital Status	☐ 已婚(M) ☐ 未婚(S)				
緊急聯絡人 Emergency contact			電 話 Phone Number			關 係 Relationship			

本人同意個人相關資料做為衛生所建檔並接獲本所提供之醫療健康訊息