

病歷號：

姓 名：

生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院

National Taiwan University Hospital

門診初診病人評估表

第1頁

1~12
項填畢即可向櫃檯人員辦理掛號手續

1. 身分證號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2. 姓名：_____ 3. 性別：☐男 ☐女
4. 職業/身分：☐公 ☐商 ☐教 ☐工 ☐服務業 ☐軍 ☐農 ☐學生 ☐家管 ☐自由業
☐其他_____ ☐無/不便回答
5. 出生年月日：_____年_____月_____日
6. 國籍：_____
7. 戶籍地址：_____縣_____鄉鎮_____村_____鄰_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓
_____市_____區市_____里_____街
8. 現居地址：_____縣_____鄉鎮_____村_____鄰_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓
_____市_____區市_____里_____街
9. 電子信箱：_____
10. 聯絡電話：(1)住家電話：_____ (2)手機號碼：_____
(3)公司電話：_____
11. 婚姻狀態：☐未婚 ☐已婚 ☐不便回答
12. 聯絡人：(1)姓名：_____ (2)與看診者關係：_____ (3)電話：_____

以下項目請至候診區填寫，完成後請交給診間醫護人員

13. 宗教信仰：☐無 ☐民間信仰 ☐佛教 ☐道教 ☐回教 ☐天主教 ☐基督教
☐其他_____ ☐不清楚/不便回答
14. 語言：☐國語 ☐台語 ☐客家語 ☐日語 ☐英語 ☐原住民語 ☐其他_____
15. 教育程度：☐不識字 ☐識字 ☐小學 ☐初中 ☐高中 ☐專科 ☐大學 ☐碩士
☐博士 ☐幼稚園 ☐未入學 ☐不清楚/不便回答
16. 身分別：☐健保 ☐自費 ☐福保 ☐中低收入戶 ☐重大傷病 ☐身心障礙手冊
☐其他_____ ☐不清楚/不便回答
17. 血型：【_____】Type ☐不清楚/不便回答
18. 輸血史：☐沒輸過血 ☐曾輸過血：輸血反應(1)☐無(2)☐有(3)☐不清楚/不便回答
19. 過敏史：
(1)☐藥物 ☐無 ☐有；種類：_____ ☐不清楚/不便回答
(2)☐食物 ☐無 ☐有；種類：_____ ☐不清楚/不便回答
20. 菸酒與檳榔史：(1)抽 菸：☐無 ☐有 ☐已戒 ☐不清楚/不便回答；
(2)喝 酒：☐無 ☐有 ☐已戒 ☐不清楚/不便回答；
(3)嚼檳榔：☐無 ☐有 ☐已戒 ☐不清楚/不便回答

西元2014年6月19日病歷委員會修正通過 MR02-21-2



MR02-21-2 0001



0001

文件編號

01400-4-600023

版次

02

病歷號：

姓 名：

生 日：西元 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院

National Taiwan University Hospital

門診初診病人評估表

第2頁

21. 過去病史：☐無 ☐高血壓 ☐糖尿病 ☐心臟病 ☐氣喘 ☐癌症：_____
- ☐手術：_____ ☐其他：_____ ☐不清楚/不便回答
22. 目前用藥：☐無 ☐有；類別：(1)☐降血壓藥(2)☐糖尿病藥(3)☐心血管用藥
(4)☐氣喘用藥(5)☐其他_____ (6)☐不清楚/不便回答
23. 家族病史：☐無 ☐癌症 ☐高血壓 ☐心臟病 ☐糖尿病 ☐腦中風 ☐出血傾向
☐其他_____ ☐不清楚/不便回答
24. 精神情緒狀態：☐平常 ☐倦怠 ☐焦慮 ☐情緒低落 ☐其他_____
- ☐不清楚/不便回答
25. 睡眠情形：☐正常 ☐入睡困難 ☐失眠 ☐需使用藥物 ☐其他_____
- ☐不清楚/不便回答
26. 7歲以下應填，成人免填
- (1) 出生史：孕次：_____ ☐不清楚/不便回答
- 胎次：_____ ☐不清楚/不便回答
- 懷孕週數：_____ ☐不清楚/不便回答
- 出生體重：_____ g ☐不清楚/不便回答
- (2) 出生情況：☐正常 ☐有異常，情形是_____ ☐不清楚/不便回答
- (3) 疫苗接種：常規疫苗 (☐卡介苗 ☐B型肝炎__劑 ☐五合一__劑 ☐水痘
☐麻疹德國麻疹破傷風 ☐日本腦炎__劑)
- 其他疫苗 (☐肺炎鏈球菌 ☐流感 ☐A型肝炎__劑 ☐輪狀病毒__劑)
- ☐其他_____ ☐不清楚/不便回答
27. 此次就診，您是否需要醫療人員的教育指導？☐無此方面需求 ☐有，請向看診醫師提出
28. 以上資料來源：☐病患 ☐親屬 ☐朋友 ☐其他

以下項目，如不清楚請至各科門診候診區測量：

29. 身高：_____公分 30. 體重：_____公斤
31. 脈搏：_____次/分鐘 32. 血壓：_____ / _____ mmHg(兒科病人免填)
33. 2歲以下填寫項目：(1)頭圍：_____公分 (2)身長：_____公分

醫護人員簽章：_____ 西元_____年____月____日

西元2014年6月19日病歷委員會修正通過 MR02-21-2



MR02-21-2 0001



0002

文件編號

01400-4-600023

版次

02