

## 真光診所

Address: 353 Whitehorse Rd Nunawading Vic 3131

Phone No: 03 88206426 Fax No: (03)88206425

Website: healthabovemed.com.au Email : healthabovemed.com.au



### 新病人表格

擡頭 醫師\_\_\_ 太太\_\_\_ 女士\_\_\_ 小姐\_\_\_ 先生\_\_\_ 其他\_\_\_

姓\_\_\_ 名\_\_\_ 偏好名\_\_\_

生日 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 出生性別 \_\_\_ 認同性別\_\_\_

出生國家: 澳洲\_\_\_ 其他\_\_\_ (名字) 家中語言\_\_\_

文化背景: 原住民\_\_\_ 托雷斯海峽島民\_\_\_ 其他\_\_\_

居家住址: \_\_\_ 區域: \_\_\_ 州別/郵編: \_\_\_

郵寄住址: \_\_\_ 區域: \_\_\_ 州別/郵編: \_\_\_

電話: 手機\_\_\_ 居家\_\_\_ 工作\_\_\_

電郵: \_\_\_\_\_

健保卡 : 卡號: \_\_\_\_\_ 序號: \_\_\_\_\_ 到期日 \_\_\_\_\_

養老金卡\_\_\_ 醫療保健卡\_\_\_ 卡號: \_\_\_\_\_ 到期日 \_\_\_\_\_

退伍軍人金卡\_\_\_ 白卡\_\_\_ 卡號: \_\_\_\_\_ 到期日 \_\_\_\_\_

家長 (十八歲以下者需填) \_\_\_\_\_

至親者: 名字\_\_\_ 電話\_\_\_ 與病人關係\_\_\_

緊急聯絡人: 名字\_\_\_ 電話\_\_\_ 與病人關係\_\_\_

婚姻現狀: \_\_\_ 職業: \_\_\_ 高度: \_\_\_ cms 體重: \_\_\_ kgs

過敏疾病: \_\_\_\_\_ 反應症狀: \_\_\_\_\_

家庭病史: 糖尿病 \_\_\_ 氣喘\_\_\_ 高血壓\_\_\_ 心臟疾病 \_\_\_ 憂鬱症 \_\_\_  
癌症 \_\_\_ (癌症名 : \_\_\_\_\_) Other \_\_\_\_\_

社交歷史: 獨居\_\_\_ 其他\_\_\_ ; 照顧他人\_\_\_ 照顧自己 \_\_\_ 受他人照顧 \_\_\_

飲酒: 有 \_\_\_ 無\_\_\_ 從未\_\_\_ ; 一周飲酒\_\_\_天; 一天飲酒\_\_\_杯

吸烟: 有 \_\_\_ 無\_\_\_ 從未\_\_\_ ; 一周吸烟\_\_\_天; 一天吸烟\_\_\_支

吸烟史 : 是\_\_\_否\_\_\_ ; 西元\_\_\_年開始吸烟, 西元\_\_\_年嘗試戒烟

過去病史/過去手術史/慢性病史及病況

(請列出病名及日期)

服用藥物 (請全數列出) \_\_\_\_\_

最近的疫苗史: \_\_\_\_\_

年過 50 的所有病人:

您曾做過大腸癌大便篩檢嗎? 有\_\_ 否\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 結果 \_\_\_\_\_

女性病人

您曾做過子宮頸癌篩檢測試? 有\_\_ 否\_\_ 結果正常嗎? 是\_\_ 否\_\_

子宮頸癌篩檢測試結果異常史: 是\_\_ 否\_\_

年過 50 的女性病人:

何時您曾做過乳房造影檢查? 西元\_\_\_\_\_年。 結果正常嗎? 是\_\_ 否\_\_

過去乳房造影檢查結果異常史: 是\_\_ 否\_\_

健檢日期:

前列腺檢查\_\_\_\_\_ 骨礦物質及密度\_\_\_\_\_ 其他 \_\_\_\_\_

“提醒和溝通同意 “部分 -- 隱私同意書 --

我同意將我的患者健康資訊提供給衛生組織。

該診所還使用簡訊和電子郵件進行通訊。我特此同意以下通訊: 預約提醒、臨床提醒、臨床通訊和健康警訊。

我也同意透過相同聯絡號碼來接收其他 18 歲以下家庭成員的訊息。

我了解我沒有義務提供診所要求提供的信息, 但不如此做, 可能會影響我獲得的醫療保健和治療的品質。

我了解我有權取用有關我的信息, 除了在某些情況下可能會被合法拒絕, 但被拒絕時我將會得著解釋。

我同意診所基於以上情況來處理我的信息, 但我如有書面通知, 診所必需接受我所設的有關取用信息及釋放信息的限制。

名字: \_\_\_\_\_ 出生年月日: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

簽名 (病人/父母/監護人): (請圈選一個) \_\_\_\_\_

