

病人登记表

姓: _____ 名: _____		日期: _____	
社会安全号码: _____		婚姻状况: 单身 已婚 离异 分居	
生日: ____ / ____ / ____	年龄: _____	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
电子邮箱地址: _____	手机 (____) _____	<input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 (____) _____	
家庭住址: _____	城市: _____	州: _____	邮政编码: _____
就业状况: 就业 失业 退休 学生	职业: _____	工作单位: _____	主要语言: _____
有/无 听力障碍? 是/否 用助听器? 有/无 视力障碍? 是/否 带眼镜?			
我们可以把您的化验结果等通知? <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 紧急联系人 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
保险 (如果不是本人, 请提供: 姓名, 社会安全号码和与您的关系)			
主保险人姓名: _____		保险号码: _____	关系: _____
第二保险:			
主保险人姓名: _____		保险号码: _____	关系: _____
药房名字: _____		地址: _____	
紧急情况联系人: _____		关系: _____	电话(____) _____

病人接受治疗同意书

请标注已经逐项阅读全部条款:
___ 1. 我同意接受检查和治疗.
___ 2. 我授权我的保险公司直接支付给湾区协和诊所.
___ 3. 我同意提供病历给保险公司便取得诊疗费.
___ 4. 我必须提供我的最新个人资料和保险资料
___ 5. 当医生介绍我去做任何检查和治疗前, 我有责任事先查清与此有关的医疗保险范围并支付我保险不包括的相关医疗费用.
___ 6. 如果有任何药物改变, 过敏或以上病例改变, 我会在下次看病时告知.
以上信息是真实的. 我承认我已收到, 阅读并理解凌结医生所在的湾区协和诊所的所有条款.

名字: _____ 出生年月日: _____

过敏史

--

手术史和住院史

年	手术种类	病因	结果

家族史

	年龄	健康状况	心脏病	高血压	癌症	中风	糖尿病	其它
父亲								
母亲								
兄妹								
孩子								

生活习惯

___ 吸烟	___ 喝酒	___ 毒品
___ 咖啡因	饮食	什么时候到美国?
性取向	宗教信仰	运动
谁与您同住?		与您的关系?

目前所用药物

药物名称:	剂量/用法:
目前正在服用的营养品或维生素:	

名字: _____ 出生年月日: _____