

初診基本資料表 Patient Registration Form

初診日期 First visit Date :

健保 National Health Insurance 是 Yes 否 No

性別 Sex : 男 Male 女 Female

病 歷 號 Chart No		科 別 Medicine Department	
-------------------	--	----------------------------	--

身份證號 Residence Permit or Passport number <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	姓名 Name (First, Last)
---	-------------------------

生 日 Date of Birth	/ /	出生地/國籍 Nationality	
----------------------	-----	-----------------------	--

婚 姻 Marital status	<input type="checkbox"/> 已婚 Married) <input type="checkbox"/> 未婚(Single) <input type="checkbox"/> 其他(Others)	學 歷 Education	職 業 Occupation
-----------------------	--	------------------	-------------------

電 話 Phone	居住電話 Home Telephone	公司電話 Office phone	手機 Mobile
--------------	---------------------	-------------------	-----------

居 住 地 址 Address	郵遞區號 Zip code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	縣 市 鄉 村 路 巷 號 樓 市 鎮 區 里 街 段 弄 之		

戶 籍 地 址 Perpetual Address	<input type="checkbox"/> 同上
------------------------------	-----------------------------

電 子 郵 件 E-mail	
-------------------	--

請問您是否願意收到本院的電子報? (Would you like to receive TMUH e-paper?) <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
---	--

緊急聯絡人 Contact in Taiwan			
姓 名 Name	關 係 Relationship	電 話 Phone	

地 址 Address	<input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 同戶籍地址
----------------	---

※黑色粗框內由本院人員填寫，其餘請病人或家屬填寫。

一、基本資料正確性：本表格之資料正確性由填寫人負完全之責。

二、診察治療意願

本人瞭解診療之必要性，同意接受臺北醫學大學附設醫院醫療專業人員給予之必要處置。且了解該醫院屬教學醫院，是各類醫療專業人員見(實)習場所，所有見(實)習生皆會遵守專業規範，並接受嚴格的管理。因此，我同意臨床教學活動的施行，但若不同意，我可於診療前或診療過程的任何時間點，要求取消臨床教學活動。

三、填寫之資料作為管理及學術研究

本人了解且同意在本表格中所填寫及就診相關資料，貴院可將其作為臺北醫學大學體系內部管理、醫療參考、聯絡、整體資料分析統計、學術及研究之用；且了解貴院依據醫療法與尊重病人隱私，對所有就診相關資料之內容負有保密之責，並對病人病歷善盡保管與保密之義務；任何個人資料，均不會轉讓、租借、出售給其它團體或個人；上列個人資料日後如有變更或錯誤，請向批掛人員提出更正或修改，以利資料正確。

我已確認所填之資料正確性，且已閱讀及瞭解以上內容及病人權益與義務宣言，並且同意與接受。

簽署人簽名(Signature) : _____ 關係(Relationship) : 病人之 Patient's _____

時間： 年 月 日 時 分

資料建檔人簽名(Registrar)

臺北醫學大學附設醫院 病人權利與義務宣言

【病人的權利】

1. 您有權享有平等的醫療資源，不因性別、種族、年齡、經濟能力及社會地位而有所不同。
2. 您有權瞭解您的病情、病因、診斷、治療計畫及預後情形。
3. 您有權知道手術原因、手術成功率、可能發生之併發症及危險。
4. 您有權要求知道藥物之療效、副作用及使用方法。
5. 您有權在接受侵入性治療及人體試驗時，事先被告知，並表示同意或拒絕。
6. 您的隱私權會受到尊重及保護。
7. 您有權經由申請取得個人的病歷摘要、診斷證明書、檢驗報告等資料。
8. 您有權知悉各項生命末期臨終照護之選擇，包括是否接受心肺復甦術、器官捐贈、安寧療護、自動出院或自然死亡等，並表達意願，做出選擇。
9. 您有權要求減輕疼痛。
10. 您有權獲得衛教指導及出院後居家照顧的相關資訊。
11. 對本院有任何抱怨或建議，您有權向醫院提出申訴並得到回應。

【病人的義務】

1. 請您主動向醫師、護理人員及醫事人員告知您的健康狀況、過去病史。
2. 請您主動告知醫師您正在服用的藥物名稱及曾對何種藥物過敏。
3. 在就醫過程中，請您確認主治醫師及其他醫護人員已確實回答您的問題。
4. 請您確認醫師、護理人員及醫事人員對您的健康問題及治療方法已充分提供需要的資訊。
5. 在給藥或進行給藥之前，請您確定醫師或護士已確認過您的身分。
6. 請確認您的藥品名稱、數量與藥袋上所標示的無誤，並確定您已瞭解正確的用藥方式。
7. 在簽署任何文件之前，請您仔細讀過所有的內容，並確定您已完全瞭解。
8. 當您在就醫過程中有疑慮時，請立即向醫院提出反應及建議。