



巡迴健診報名表

病歷號碼：

僧醫卡號：

健診時間：____年____月____日

健診報名序號標籤

基	法號	現住道場名稱				性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月 日
	俗名	身分證號						
本 資	通訊 地址	※請填寫可收到健診報告的地址，若地址變更，請來電告知，以便改寄。 □□□□□ (郵遞區號)						
	電話	傳真		e-mail				
	戒別	<input type="checkbox"/> 菩薩戒 <input type="checkbox"/> 比丘 <input type="checkbox"/> 比丘尼 <input type="checkbox"/> 式叉摩那 <input type="checkbox"/> 沙彌 <input type="checkbox"/> 沙彌尼 <input type="checkbox"/> 過午不食						
	剃度 師長	上 下 和尚	剃度 日期	年 月 日	剃度 常住			
料	得戒 和尚	上 下 和尚	得戒 日期	年 月 日	得戒 常住			
	自覺身體症狀				曾罹患之疾病			
個 人 病 史	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 久咳不癒 <input type="checkbox"/> 排尿困難 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 關節酸痛 <input type="checkbox"/> 排便困難 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 腰酸背痛 <input type="checkbox"/> 吞嚥困難 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 肌肉疼痛 <input type="checkbox"/> 精神緊張 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 傷口久不癒合 <input type="checkbox"/> 抽搐痙攣 <input type="checkbox"/> 長期感到身體疲累 <input type="checkbox"/> 身體有不正常腫塊 <input type="checkbox"/> 泌尿道不正常之分泌物 <input type="checkbox"/> 其他 _____				<input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 風濕症 <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 肺氣腫 <input type="checkbox"/> 良性腫瘤 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 攝護腺肥大 <input type="checkbox"/> 泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 白內障、青光眼 <input type="checkbox"/> 肝炎或其他肝病 <input type="checkbox"/> 胃、十二指腸疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	過敏史	藥物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類：_____ 食物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類：_____						
	長期 服藥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病因：_____						
	開刀史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名稱：_____ 手術時間：____年____月____日						
	家 族 病 史	<input type="checkbox"/> 肝癌 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 先天性貧血 <input type="checkbox"/> 大腸或直腸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 老人失智症 <input type="checkbox"/> 過敏性疾病 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
	希 望 看 診 科 別	<input type="checkbox"/> 牙醫 <input type="checkbox"/> 家醫科 <input type="checkbox"/> 心臟科 <input type="checkbox"/> 胸腔科 <input type="checkbox"/> 醫療諮詢 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 腎臟科 <input type="checkbox"/> 肝膽腸胃科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 身心科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 腦神經內科 <input type="checkbox"/> 婦科 <input type="checkbox"/> 新陳代謝科 <input type="checkbox"/> 免疫風濕科 <input type="checkbox"/> 整復民俗療法 <input type="checkbox"/> 中醫 _____ 科						
	希 望 檢 查 項 目	<input type="checkbox"/> 配眼鏡 <input type="checkbox"/> 洗牙補牙 <input type="checkbox"/> 乳房X光 <input type="checkbox"/> 大腸癌篩檢 <input type="checkbox"/> 骨質密度檢查 <input type="checkbox"/> 婦科超音波 <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> 肝膽超音波 <input type="checkbox"/> 肺炎疫苗(5年內未接種)						

*是否參加過本會健診：否 是：____年____月

*同意本會基於促進僧伽健康與醫療、學術研究之目的，依照個資法合法對個人資料進行蒐集、儲存、電子計算與運用。

申請人簽章：_____