



財團法人佛教僧伽醫護基金會
Buddhist Sangha Health Care Foundation

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 本 資 料	法號	現住道場名稱				性別 ☐ 男 ☐ 女	出生 日期	年 月 日
	俗名	身分證號						
資 料	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	☐ 菩薩戒 ☐ 比丘 ☐ 比丘尼 ☐ 式叉摩那 ☐ 沙彌 ☐ 沙彌尼 ☐ 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	☐ 頭痛 ☐ 噁心嘔吐 ☐ 消化困難 ☐ 頭暈 ☐ 久咳不癒 ☐ 排尿困難 ☐ 發燒 ☐ 關節酸痛 ☐ 排便困難 ☐ 胃痛 ☐ 腰酸背痛 ☐ 吞嚥困難 ☐ 腹痛 ☐ 肌肉疼痛 ☐ 精神緊張 ☐ 失眠 ☐ 傷口久不癒合 ☐ 抽搐痙攣 ☐ 長期感到身體疲累 ☐ 身體有不正常腫塊 ☐ 泌尿道不正常之分泌物 ☐ 其他_____				☐ 氣喘 ☐ 高血壓 ☐ 高血脂症 ☐ 貧血 ☐ 腦中風 ☐ 肺部疾病 ☐ 痛風 ☐ 肺結核 ☐ 惡性腫瘤 ☐ 腎病 ☐ 風濕症 ☐ 骨質疏鬆 ☐ 關節炎 ☐ 肺氣腫 ☐ 良性腫瘤 ☐ 糖尿病 ☐ 心血管疾病 ☐ 攝護腺肥大 ☐ 泌尿系統疾病 ☐ 白內障、青光眼 ☐ 肝炎或其他肝病 ☐ 胃、十二指腸疾病 ☐ 其他_____			
	過敏史 藥物： ☐ 無 ☐ 有 種類：_____ 食物： ☐ 無 ☐ 有 種類：_____							
長期 服藥	☐ 無 ☐ 有 病因：_____							
開刀史	☐ 無 ☐ 有 手術名稱：_____ 手術時間：____年____月____日							
家族 病史	☐ 肝癌 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 先天性貧血 ☐ 大腸或直腸癌 ☐ 乳癌 ☐ 血友病 ☐ 老人失智症 ☐ 過敏性疾病 ☐ 其他_____							
希 望 看 診 科 別	☐ 牙醫 ☐ 家醫科 ☐ 心臟科 ☐ 胸腔科 ☐ 醫療諮詢 ☐ 骨科 ☐ 復健科 ☐ 泌尿科 ☐ 腎臟科 ☐ 肝膽腸胃科 ☐ 眼科 ☐ 皮膚科 ☐ 身心科 ☐ 耳鼻喉科 ☐ 腦神經內科 ☐ 婦科 ☐ 新陳代謝科 ☐ 免疫風濕科 ☐ 整復民俗療法 ☐ 中醫_____科							
希 望 檢 查 項 目	☐ 配眼鏡 ☐ 洗牙補牙 ☐ 乳房X光 ☐ 大腸癌篩檢 ☐ 骨質密度檢查 ☐ 婦科超音波 ☐ 乳房超音波 ☐ 肝膽超音波 ☐ 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：_____