

三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處初診單 1030701

姓名		出生(民國)____年____月____日	
身份證字號		血型	婚姻
聯絡電話()		手機	
住址：____市(縣)____區、鄉、鎮____路、街、村 ____段____巷____弄____號____樓____室			
檳榔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職業	緊急通知人姓名	
吸菸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	體重____kg	緊急通知人電話	
喝酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身高____cm	關係	

~ 請用正楷確實填寫 ~

三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處初診單 1030701

姓名		出生(民國)____年____月____日	
身份證字號		血型	婚姻
聯絡電話()		手機	
住址：____市(縣)____區、鄉、鎮____路、街、村 ____段____巷____弄____號____樓____室			
檳榔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	職業	緊急通知人姓名	
吸菸 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	體重____kg	緊急通知人電話	
喝酒 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身高____cm	關係	

~ 請用正楷確實填寫 ~