**三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處**

**Tri-service General Hospital keelung Branch**

就診基本資料暨個人資料同意書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **□初診□複診□體檢/健檢** **※初診者請檢附身份證及健保卡，並請完整填寫本表，謝謝。** | | | | | | | | | | | | | |
| 身分證字號ID.No/Passport No | |  | | | 姓名Name | | | |  | | | | |
| 出生日期 Birthday | | | | 年(Y) 月(M)  日(D) | | | | |
| 血型Blood Type | | | □A □B  □O □AB  □other | 性別  Gender | □男 (M)  □女 (F) | | 婚姻  Marital status | | □已婚Married  □未婚Single | | | 身高Height | 公分/cm |
| 體重Weight | 公斤/kg |
| 家裡電話/Phone | |  | | | 職業  Profession | | □工 □漁 □農 □商 □公教 □學生 □警消 □醫護 □軍人 □電子 □資訊 □服務 □退休 □家管 □無業 □待業 □其他 | | | | | | |
| 手機/Cell Phone | |  | | |
| 戶籍地址  Nationality Address | |  | | | | | | | | | | | |
| 通訊地址Address | | □同上； | | | | | | | | | | | |
| 緊急聯絡人姓名Contact Name | |  | | | 關係Relationship | | |  | | 家裡電話/Phone | | |  |
| 手機/Cell Phone | | |  |
| 其他健康調查 | | **吸菸** □有 □無 | | | | **喝酒** □有 □無 | | | | | **檳榔** □有 □無 | | |
| **提供就醫紀錄與結果資訊同意書**  本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同意三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處醫師為診療本人病情及藥師調劑、給予本人用藥諮詢或指導需要時，於本人簽署本同意書日期起，可自衛生福利部中央健康保險署(以下稱健保署)依全民健康保險法相關規定建置之健保醫療資訊雲端查詢系統(包含健保雲端藥歷系統)，健康存摺查詢系統，執行下列作業：  一、下載於查詢系統中本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料。(包含用藥紀錄、檢查檢驗項目(含影像)、手術項目、牙科處置及手術項目等資料)。  二、線上查詢及下載該查詢系統中，各特約醫事服務機構上傳之本人就醫結果資料。(包含檢查(驗)結果報告、檢查(驗)影像檔案、出院病歷摘要等資料)。  前述資料，僅限本人於三軍總醫院基隆分院附設民眾診療服務處就診時，提供醫師診療本人病情及藥師調劑、給予本人用藥諮詢或指導需要時查詢比對使用，本院不得將該項資料另移作其他目的使用，且本人完成看診後，即應將該下載資訊刪除。但下載之資訊，醫師因醫療需要，已列入病歷者，不在此限。  醫院依個人資料保護法第5條、第8條、第9條規定下蒐集、處理、利用相關資料，以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式提供：門診表、衛教及關懷資訊、檢驗異常值通報等相關資訊給您參考。  本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書或變更同意書內容之權利。  立同意書人: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生年月日: 民國 年 月 日  立同意書人身分證號: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  法定代理人/監護人: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：病人之\_\_\_\_\_\_\_\_\_  法定代理人/監護人身分證號: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  西元 年 月 日 **本同意書以系統建檔日期為生效日。建檔人員：** | | | | | | | | | | | | | |
| 附 註 | 1立同意書人如為未成年、心智障礙者，可由直系親屬或法定代理人簽具。  2.初診民眾填寫後，請將本表並同身份證件或駕照或健保卡證件交予櫃檯人員辨理。  3.資料將來如有變更，請於看診或掛號時告知護理人員或櫃檯人員，以利更正。 (2023.12病歷審查小組審核通過) | | | | | | | | | | | | |