

编号 - - -

居民健康档案

姓 名: _____

现 住 址: _____

户籍地址: _____

联系电话: _____

乡镇（街道）名称: _____

村（居）委会名称: _____

建档单位: _____

建 档 人: _____

责任医生: _____

建档日期: _____年____月____日

个人基本信息表

姓 名：

编号 —

性 别	1 男 2 女 9 未说明的性别 0 未知的性别			出生日期	
身份证号			工作单位		
本人电话		联系人姓名		联系人电话	
常住类型	1 户籍 2 非户籍		民族	01 汉族 99 少数民族 _____	
血 型	1 A 型 2 B 型 3 O 型 4 AB 型 5 不详 / RH: 1 阴性 2 阳性 3 不详 /				
文化程度	1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业学校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲或半文盲 10 不详				
职 业	0 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1 专业技术人员 2 办事人员和有关人员 3 商业、服务业人员 4 农、林、牧、渔、水利业生产人员 5 生产、运输设备操作人员及有关人员 6 军人 7 不便分类的其他从业人员 8 无职业				
婚姻状况	1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况				
医疗费用支付方式	1 城镇职工基本医疗保险 2 城镇居民基本医疗保险 3 新型农村合作医疗 / / 4 贫困救助 5 商业医疗保险 6 全公费 7 全自费 8 其他 _____				
药物过敏史	1 无 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他 _____ / / /				
暴露史	1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 / /				
既往史	疾病	1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤 7 脑卒中 8 严重精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 其他法定传染病 12 职业病 13 其他 确诊时间 年 月 / 确诊时间 年 月 / 确诊时间 年 月 / 确诊时间 年 月 /			
	手术	1 无 2 有：名称① _____ 时间 _____ / 名称② _____ 时间 _____			
	外伤	1 无 2 有：名称① _____ 时间 _____ / 名称② _____ 时间 _____			
	输血	1 无 2 有：原因① _____ 时间 _____ / 原因② _____ 时间 _____			
家族史	父亲	/ / / / / _____		母亲	/ / / / /
	兄弟姐妹	/ / / / / _____		子女	/ / / / /
	1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤 7 脑卒中 8 验证精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 先天畸形 12 其他				
遗传病史	1 无 2 有：疾病名称				
残疾情况	1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6 智力残疾 7 精神残疾 8 其他残疾 / / / / /				
生活环境*	厨房排风设施	1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱			
	燃料类型	1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他			
	饮水	1 自来水 2 经净化过滤的 3 井水 4 河湖水 5 糖水 6 其他			
	厕所	1 卫生厕所 2 一格或二格粪池式 3 马桶 4 露天粪坑 5 简易棚厕			
	禽畜栏	1 无 2 单设 3 室内 4 室外			