|  |
| --- |
| 编号：  档案归档:  **医养结合项目健康档案**  姓 名：  现 住 址：  户籍地址：  联系电话：  所在单位：  建档单位：黑龙江省中医药科学院  责任医生：  建档日期： |

黑 龙 江 省 中 医 药 科 学 院 印 制

**个人基本信息表**

姓名： 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性别 | |  | | 出生日期 |  |
| 身份证号 | |  | | 工作单位 |  |
| 本人电话 | |  | | 联系人 |  |
| 联系人电话 | |  | | 常住类型 |  |
| 民族 | |  | | 文化程度 |  |
| 职业 | |  | | 婚姻状况 |  |
| 血型 | |  | | RH阴性 |  |
| 口腔检查意愿 | |  | | 两月体检报告 |  |
| 医疗费用  支付方式 | |  | | | |
| 长期服用  药物 | |  | | | |
| 药物过敏史 | |  | | | |
| 暴露史 | |  | | | |
| 既  往  史 | 疾病 |  | | | |
| 手术 |  | | | |
| 外伤 |  | | | |
| 输血 |  | | | |
| 家  族  史 | 父亲 |  | | | |
| 母亲 |  | | | |
| 兄弟姐妹 |  | | | |
| 子女 |  | | | |
| 遗传病史 | |  | | | |
| 残疾情况 | |  | | | |
| 生活环境\* | | 厨房排风设施 |  | | |
| 燃料类型 |  | | |
| 饮水 |  | | |
| 厕所 |  | | |
| 禽畜栏 |  | | |