|  |
| --- |
| 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：  乡镇（街道）名称：  村（居）委会名称：  所在单位：  建档单位：黑龙江省中医药科学院  建 档 人：  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 |  | |
| 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 | |  | | | |