

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 <input type="checkbox"/>			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 <input type="checkbox"/>		民族	01 汉族 99 少数民族 <input type="checkbox"/>		
血型	1A 型 2B 型 3O 型 4AB 型 5 不详/RH 阴性：1 否 2 是 3 不详 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/>					
医疗费用支付方式	1 城镇或省直职工基本医疗保险医保卡号：_____ 2 居民基本医疗保险医保卡号：_____ 3 新型农村合作医疗卡号：_____ 4 贫困救助 5 商业医疗保险 6 全公费 7 自费 8 其他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
药物过敏史	1 无 有：2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
暴露史	1 无 有：2 化学品 3 毒物 4 射线 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 确诊时间 <input type="checkbox"/> 确诊时间 <input type="checkbox"/> 确诊时间 <input type="checkbox"/> 确诊时间 <input type="checkbox"/> 确诊时间 <input type="checkbox"/> 确诊时间				
	手术	1 无 2 有：	名称 ①		名称 ②	<input type="checkbox"/>
	外伤	1 无 2 有：	名称 ①		名称 ②	<input type="checkbox"/>
	输血	1 无 2 有：	原因 ①		原因 ②	<input type="checkbox"/>
家族史	父亲	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			母亲	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	兄弟姐妹	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			子女	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		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 先天畸形 12 其他				
遗传病史	1 无 2 有：疾病名称 _____ <input type="checkbox"/>					
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
家庭情况	户主姓名			身份证号	家人人口数	
	家庭结构			居住情况	1. 与成年子女同住 2. 与子孙三代（四代）同住 3. 夫妻二人同住 4. 独居 5. 计划生育特殊家庭 <input type="checkbox"/>	
生活环境	厨房排风设施	1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱 <input type="checkbox"/>				
	燃料类型	1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他 <input type="checkbox"/>				
	饮水	1 自来水 2 经净化过滤的水 3 井水 4 河湖水 5 塘水 6 其他 <input type="checkbox"/>				
	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 <input type="checkbox"/>				
	禽畜栏	1 无 2 单设 3 室内 4 室外 <input type="checkbox"/>				
以上内容经核实确认，与居民本人基本信息一致。						
签字：_____（本人）/_____（家属）						
时间：_____						