**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：张堃 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 | | 317128199211258555 | | | 工作单位 | | 北京市石景山区 | | | | |
| 本人电话 | | 15010352415 | 联系人姓名 | | 张东 | | 联系人电话 | | 18763893545 | | |
| 常住类型 | | 1户籍 2非户籍 | | | 民族 | | 01汉族 99少数民族 苗族 | | | | |
| 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 恶性肿瘤1  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 职业病1 13其他  确诊时间2019年03月/确诊时间2018年02月/确诊时间2017年01月  确诊时间2016年12月/确诊时间2015年11月/确诊时间2014年10月 | | | | | | | | | |
| 手术 | 1无 2有：名称 手术1 时间 2013-09 /名称 手术2 时间 2012-08 | | | | | | | | |  |
| 外伤 | 1无 2有：名称 外伤1 时间 2011-07 /名称 外伤2 时间 2010-06 | | | | | | | | |  |
| 输血 | 1无 2有：名称 输血1 时间 2009-05 /名称 输血2 时间 2008-04 | | | | | | | | |  |
| 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 疾病名称1 | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | |
| 燃料类型 | |  | | | | | | | |
| 饮水 | |  | | | | | | | |
| 厕所 | |  | | | | | | | |
| 禽畜栏 | |  | | | | | | | |