

國立成功大學醫學院附設醫院
NATIONAL CHENG KUNG UNIVERSITY HOSPITAL

初診掛號申請單 First Visit Registration Form

掛號科別 Clinic		病歷號碼 Chart No.							
<p>姓名 Name : _____ 性別 Sex : <input type="checkbox"/>男 Male <input type="checkbox"/>女 Female</p> <p>身分證字號 I.D.No/Passport No. 出生地 Nationality _____</p> <p>出生日期 : 年 月 日 電子郵件 : _____</p> <p>電話 Phone : (____) _____ 手機 Cell Phone : _____</p> <p>戶籍地址 : _____ 縣(市) _____ 鄉鎮區(市) _____ 村(里) _____ _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____</p> <p>聯絡地址 Address : _____</p> <p>是否同意看診或排檢時，本院以電子郵件或簡訊通知? <input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意 Do you agree the hospital remind you the appointment date by email or text message? <input type="checkbox"/>agree <input type="checkbox"/>disagree</p> <p>是否吸菸 <input type="checkbox"/>從不吸菸 <input type="checkbox"/>已戒菸 <input type="checkbox"/>抽菸____支/每日，共____年 Do you smoke <input type="checkbox"/>Never <input type="checkbox"/>Already quit <input type="checkbox"/>Smoke (____ cigarettes per day /for ____ years</p>									
聯絡人姓名 Contact Person's Name		關係 Relationship		聯絡電話 Phone					
<p>個人資料之處理或利用同意書</p> <p>本人 <input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意 成大醫院於醫療目的之必要時將本人資料提供給醫療體系醫院(含分院及合作)經營醫院 I <input type="checkbox"/>agree <input type="checkbox"/>disagree NCKU Hospital give my information to the other hospitals for medical purposes.</p> <p>立書同意人簽名 Signature: _____ 日期 Date: _____ yyyy/mm/dd</p>									

初診請持國民身分證，或戶口名簿及健保 IC 卡繳驗。

Please show your passport and health insurance card.

- 1. 新生健檢 new student health check up
- 2. 簽證體檢 visa transfer (Type B)+ new student health check up