

中央大學暨聯新國際醫院產學合作-醫療服務優惠申請資料表

填寫日期：____年____月____日

親愛的申請人：

鑒於聯新國際醫院與中央大學合作關係，本院將提供全校學師生及家屬有更好的醫療優惠，如您欲申請此服務，請您據實填寫下列表格，以利本院後續醫療優惠之作業。聯新國際醫院僅蒐集您與醫療優惠作業有關之個人基本資料，並將您個人資料用於相關行政作業上，如需使用在研究或其他用途時，將會另行徵詢您的同意。若您資料填寫不全，將可能無法取得聯新醫療優惠服務。本表填寫完成後，請交由中央大學研發處研推組，代為轉交聯新國際醫院。待本院收到申請表 14 天後，您即享有本院醫療優惠。

聯新國際醫院由衷感謝您的信賴與支持！

是否為初診 是 否 (初診者請加填 聯新國際醫院初診表)

姓名	性別		服務單位						
	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	校內分機						
出生日期	民國(前)____年____月____日		職稱						
身分證號/ 居留證號			類別	<input type="checkbox"/> 第一類: 具有教授職稱人員/行政主管 <input type="checkbox"/> 第二類: 編制內職員(非第一類人員)					
通訊地址	縣市	鄉區 鎮市	村/里 鄰	路 街	段	巷 弄	號	樓	室
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上	縣市	鄉區 鎮市	村/里 鄰	路 街	段	巷 弄	號	樓 室
連絡 電話	1. 家用: _____ - _____			E-mail					
	2. 手機: _____								

教職員證 正面影本 黏貼處

研發處研推組確認

本醫療優惠服務申請作業時間 14 天，
以研發處研推組收到紙本申請表之隔日起計算。

申請人承認所有填載之內容及所提供之證明文件均為真實，並授權聯新國際醫院向有關單位核對該等資料，且同意聯新國際醫院蒐集、處理及利用所列個人資料，得於其醫療目的或其他法令許可範圍內使用，其個人各項資料，並經依據個人資料保護法第八條第一項履行告知義務，已瞭解「聯新國際醫院蒐集、處理及利用個人資料告知事項」之內容。

我已詳細閱讀：_____ (務必簽名)

備註：

- * 基本資料表填妥後，請交至研發處研推組 郭恒禎小姐 (分機:27066)
- * 如為初診，請填寫「聯新國際醫院初診表」，此表亦請向承辦人郭恒禎小姐領取(位置:行政大樓三樓)
- * 如對此優惠案有任何疑問請您聯繫聯新國際醫院教學研究部 吳惠甄經辦師(03-4941234 轉 2044)

初診基本資料表(1)

病歷號碼：_____

初診日期：____年____月____日

姓名	性別		血緣	父親： <input type="checkbox"/> 河洛 <input type="checkbox"/> 客家 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外省 <input type="checkbox"/> 其他			
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			母親： <input type="checkbox"/> 河洛 <input type="checkbox"/> 客家 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外省 <input type="checkbox"/> 其他			
出生日期	民國(前)____年____月____日		身分證號 /居留證號				
國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他_____						
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他_____		子女數	兒：____人；女：____人			
使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 其他_____ (可複選)						
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大專/大學 <input type="checkbox"/> 碩士以上			血型 (自訴)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> 不詳		
通訊地址	縣	鄉區	村/里	路	段	巷	號
	市	鎮市	鄰	街		弄	樓
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上		縣	鄉區	村/里	路	段
			市	鎮市	鄰	街	巷
							號
							樓
							室
電話	宅(H) 1. ____-____ 2. ____-____			行動電話		<input type="checkbox"/> 有，_____ <input type="checkbox"/> 無	
	公(O) 1. ____-____						
緊急連絡人	姓名		關係		電話		
	姓名		關係		電話		
電子信箱	<input type="checkbox"/> 有，電子郵件_____ <input type="checkbox"/> 無						
健保身份	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		其他投保類型(可複選)		<input type="checkbox"/> 壽險； <input type="checkbox"/> 醫療險； <input type="checkbox"/> 商業險； <input type="checkbox"/> 其他_____		

一、聯新國際醫院收集您的上述個人資料，目的在使用於您的醫療過程與相關事項，您同意本院為合理之蒐集、處理、利用您提供的個人資料。

二、為確保您就醫的安全，就醫過程中有必要公開您的姓名(包括：診間、檢查室、手術室)，您的選擇是：
 基於本人就醫安全，同意以完整姓名呈現(如：陳小明)
 姓名中間以「○」代替(如：陳○明)。(以上空格如未勾選，則視為同意以完整姓名呈現)

三、您同意個人相關資料做為醫院建檔並接獲院方以紙本郵件、電子郵件、簡訊、電話、資訊推播等方式提供之健康資訊、活動講座訊息、就醫提醒、就醫關懷服務及檢查檢驗報告。

四、您同意聯新國際醫院醫師為診療本人病情及藥師給予本人用藥指導需要時，於本人簽署本同意書日期起算7年，可至衛生福利部中央健康保險署依全民健康保險法相關規定建置之健保雲端藥歷系統，執行下列作業：
 (一)下載於查詢系統中本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料。(包含用藥紀錄、檢查檢驗項目、手術項目、牙科處置及手術項目等資料，下載內容將以健保署歷次公告為主)
 (二)線上查詢及下載該查詢系統中，各特約醫事服務機構上傳之本人就醫結果資料。(包含檢查(驗)結果報告、檢查(驗)影像檔案、出院病歷摘要等資料，下載內容將以健保署歷次公告為主)
 (三)前述資料，僅限本人於聯新國際醫院就診時，提供醫師診療本人病情，及藥師給予本人用藥指導需要時查詢比對使用，不得將該項資料另移作其他目的使用，且本人完成看診後，即應將該下載資訊刪除。但下載之資訊，醫師因醫療需要，已列入病歷者，不在此限。
 (四)本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本條款或變更本條款內容之權利。

五、您對於現在、過去健康狀況、生活狀況、及上述事項等內容，均已詳細閱讀、填寫、勾選，且保證所填載之內容及均為正確無誤。

此致 聯新國際醫院

立同意書人：_____ 身份證字號：_____ 關係：病人之_____ 西元 _____年 _____月 _____日

法定代理人：_____ 身份證字號：_____ 關係：病人之_____ 西元 _____年 _____月 _____日

為了讓醫師能更了解您的狀況，請續填背頁

初診基本資料表(2)

過敏病史		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；食物：_____藥物：_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳					
三	嗜	您目前有無吸菸習慣	<input type="checkbox"/> 未抽煙(或應酬才抽) <input type="checkbox"/> 有抽菸，但現在已戒菸：戒除____年 <input type="checkbox"/> 現在仍有抽菸：每天____支或____包，共抽____年，從____歲開始抽。 <input type="checkbox"/> 使用電子煙 同住家人是否吸煙(二手煙) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	好	您目前有無喝酒習慣	<input type="checkbox"/> 未喝酒(或應酬才喝) <input type="checkbox"/> 有喝酒，但現在已戒酒：戒除____年 <input type="checkbox"/> 現在仍有喝酒：每天____瓶，共喝____年，從____歲開始喝。				
		您目前有無嚼檳榔習慣	<input type="checkbox"/> 未吃(或應酬才吃) <input type="checkbox"/> 有吃，但現在已戒：戒除____年 <input type="checkbox"/> 現在仍有吃：每天____顆，共吃____年，從____歲開始吃。				
您過去是否有右列之疾病?(請打 V)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 <input type="checkbox"/> 慢性潰瘍結腸炎 <input type="checkbox"/> 家族性大腸癌肉症 <input type="checkbox"/> 遺傳性非癌肉大腸直腸癌 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他癌症_____ <input type="checkbox"/> 其他神經疾病_____ <input type="checkbox"/> 其他_____					
四	目前疾病名稱 (依上述右列名稱填寫)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1. _____ 2. _____				
	您過去是否曾接受過手術?(請打 V)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫下列欄位) 1.手術名稱：_____日期：____年____月 醫院： 2.手術名稱：_____日期：____年____月 醫院：				
	活動情形(請打 V)		<input type="checkbox"/> 可完全自由活動及生活自理 <input type="checkbox"/> 依賴他人或輔具可完成生活自理 <input type="checkbox"/> 完全依賴他人或長期臥床者				
五	家族病史 請問您的(外)祖父母、父母、兄弟姐妹、子女中，是否有過其他疾病		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請填寫下列欄位)				
			親屬稱謂	疾病 1	疾病 2	疾病 3	說明
							<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳
							<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳
							<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳
						<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿(死因____) <input type="checkbox"/> 不詳	
六	生理檢查		血壓：_____mmHg 脈搏：_____次/分 身高：_____公分 體重：_____公斤				
	特殊健康 管理	項 目	起始日期	結案日期			