

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.							
姓名 Name : _____ 性別 Sex : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 身分證字號 I.D.No/Passport No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 出生地 Nationality _____ 出生日期 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 電子郵件 : _____ Birth Date Year Month Date E-mail _____ 電話 Phone : () _____ 手機 Cell Phone : _____ 戶籍地址 : _____ 縣(市) _____ 鄉鎮區(市) _____ 村(里) _____ _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____ 聯絡地址 Address : _____ 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 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									
聯絡人姓名 Contact Person's Name		關係 Relationship		聯絡電話 Phone					
個人資料之處理或利用同意書 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. 立書同意人簽名 Signature: _____ 日期 Date: _____ yyyy/mm/dd									

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