



病人姓名:
性别:
出生日期:
病历号:

患者登记表

患者信息:

先生/夫人/女士/小姐: _____ 身份证件号: _____

姓名 _____ 性别: 男 女 已婚 单身

出生日期 (年/月/日): _____ 出生国家: _____ 国籍: _____

宗教信仰 _____ 第一语言 _____ 第二语言 _____

请选择: 在华访问/学习/在华居住工作/ 中国居民/ 其他 _____

在华第一地址: _____

在华电话号码: _____ 在华手机号码: _____

海外/永久地址: _____

海外电话号码: _____ 海外手机号码: _____

电子邮件地址 1: _____ 电子邮件地址 2: _____

雇主/联系人: _____ 地址: _____

雇主电子邮件 _____ 雇主电话号码 _____

会员资格: 个人 团体 非会员

紧急联系信息: 联系人 _____ 与患者关系 _____

电话: _____ 手机 _____ 其他 _____

付费方式: 请注意患者应在医疗服务当日缴费。

1. 现金

2. 信用卡 持卡人: _____

信用卡号: _____ 有效期至: 年 _____ 月 _____ 日 _____

3. 公司卡 公司名称: _____ 联系人: _____

公司电话: _____ 电子邮件: _____

4. 保险公司 第一被保险人姓名: _____

保险号: _____ 有效期自: 年 _____ 月 _____ 日 _____

您有补充保险么? 如果有的话, 被保险人是: _____

5. 其他: 负责付费者: _____ 与患者关系: _____

付费人地址: _____ 付费人电话: _____

付费人手机: _____ 付费人电子邮件: _____

电子邮件知情同意书: 是 否

本人在此授权和睦家医院的医务人员用本人电子邮件交流医疗信息: _____

短信知情同意信息和预约提醒: 是 否

除非患者书面否认, 上述知情同意有效期为终身。

本人确认上述信息真实无误。

患者/父母或其他授权代表签字: _____ 日期: 年 _____ 月 _____ 日 _____

Office use only