

## GPET 健康聯盟病患登記表

*(Please Print)*

姓氏： \_\_\_\_\_ 名字： \_\_\_\_\_ 醫學實習生： \_\_\_\_\_

出生年月日： \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 社會安全碼 #： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

性別： 男 / 女 \_\_\_\_\_ 婚姻狀態： 單身 / 已婚 / 離婚 / 鰥寡

地址：

\_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

住宅電話： \_\_\_\_\_ 手機： \_\_\_\_\_ 電子郵件： \_\_\_\_\_

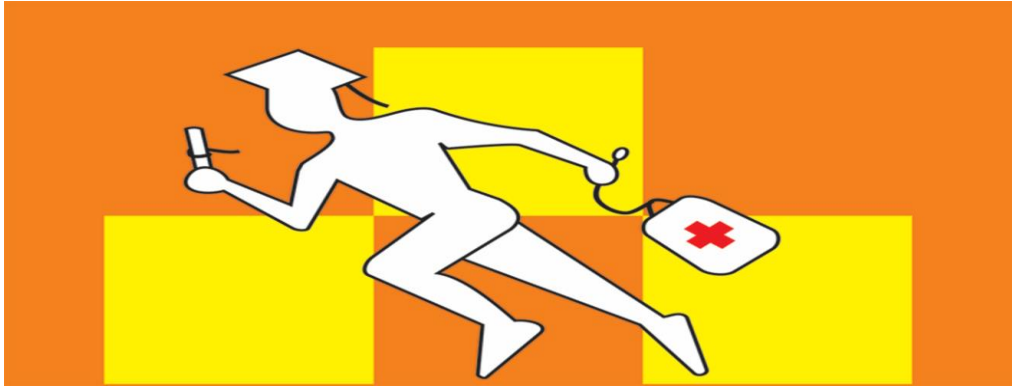
主要聯絡方式：  住宅電話  手機  簡訊  電子郵件

可留下醫學資訊的方式：  住宅電話  手機

職業： \_\_\_\_\_ 退休 \_\_\_\_\_

雇主：

其他我們可能會討論的健康資訊：



監護人 (如果與上不同) : \_\_\_\_\_

姓氏 : \_\_\_\_\_ 名字 : \_\_\_\_\_ M.I. : \_\_\_\_\_

出生年月日 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 社會安全碼 # : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
地址 : \_\_\_\_\_

城市 : \_\_\_\_\_ 州 : \_\_\_\_\_ 郵遞區號 : \_\_\_\_\_

主要護理師 : \_\_\_\_\_

諮詢醫師 : \_\_\_\_\_