



填表日期:

病友諮詢基本資料

姓名							性別:	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女		學歷:
身份證號碼							出生 年月日			
戶籍地址	□□□□□□									
通訊住址	□□□□□□									
聯絡電話	手機				電話(1)			電話(2)		
通訊軟體	臉書				LINE ID			e-mail:		
家庭狀況	成員: 人, <input type="checkbox"/> 配偶, <input type="checkbox"/> 小孩: 人(年次:), <input type="checkbox"/> 其他: 主要經濟: <input type="checkbox"/> 夫妻雙方, <input type="checkbox"/> 配偶, <input type="checkbox"/> 雙親, <input type="checkbox"/> 其他 _____ 技能專長: _____									
就醫狀況:	何時發病: 民國 ____年__月 , 確診: 民國 ____年__月於確診院所; _____ 目前就診院所: _____, 主治醫師; _____									
用藥狀況	<input type="checkbox"/> 緩解: _____年, <input type="checkbox"/> 大力丸: _____, <input type="checkbox"/> 類固醇: _____, <input type="checkbox"/> 移護寧: _____, <input type="checkbox"/> 山喜多: _____, <input type="checkbox"/> 其他; _____									
病情簡敘:	<input type="checkbox"/> 吃藥控制即可。 <input type="checkbox"/> 胸腺增生, <input type="checkbox"/> 胸腺瘤, <input type="checkbox"/> 血漿置換術(洗血)。 <input type="checkbox"/> 開刀: 民國 ____年開刀方式: <input type="checkbox"/> 微創手術, <input type="checkbox"/> 傳統手術。 <input type="checkbox"/> 複視, <input type="checkbox"/> 手腳沒力, <input type="checkbox"/> 吞嚥困難, <input type="checkbox"/> 呼吸沒力, <input type="checkbox"/> 無法平躺。									
事由										
後續追蹤:										