

初診掛號申請單 First Visit Registration Form

掛號科別 Department		病歷號碼 Chart No.							
姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 國籍：_____ Name Sex Nationality									
身分證字號 _____ 出生地 _____ I.D.No./Passport No. Place of birth									
出生日期：_____年_____月_____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)_____ Pemanent Address 路(街) 段 巷 弄 號 樓之									
聯絡地址：_____									
●是否同意預約看診或排檢，本院以電子郵件或簡訊提醒您？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意									
●吸菸史(含電子煙) <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 曾吸菸已戒 <input type="checkbox"/> 吸菸_____支/天，共_____年 <input type="checkbox"/> 被動吸菸									
聯絡人姓名 Contact Name		關係 Relationship		聯絡電話 Phone					
個人資料之處理或利用同意書									
<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)。									
立同意書人簽名：_____ 電話：_____									
法定代理人簽名：_____									
日期：_____年_____月_____日									

註 1. 初診請持國民身分證，或戶口名簿及健保 IC 卡繳驗。
 註 2. 本院履行個人資料保護法有關告知義務內容，詳見背面，敬請詳閱。

成大醫院履行個人資料保護法告知義務內容

國立成功大學醫學院附設醫院基於醫療、學術研究、教育或訓練行政之目的，蒐集、處理及利用您的個人資料包含：姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、家庭、職業、病歷、醫療及聯絡方式等等。

在個人資料蒐集之特定目的存續期間及本院營運期間，依相關法令約定資料之保存所訂保存年限內，於中華民國以自動化機器或其他非自動化方式，供本院與合作單位蒐集、處理及利用您的個人資料，惟台端不願提供本院基於上述目的之用途，將不影響台端就醫之權利。

另基於「個人資料保護法」第三條規定，倘有查閱及閱覽、製給複製本、更正或補充、刪除或停止等需求時，可以與本院連絡，在不違反相關規定下，本院將會配合辦理。

附表 「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」

代號	特定目的項目	代號	識別類
012	公共衛生或傳染病防治事務	C001	辨識個人者：姓名、地址、電話、電子郵遞地址等
031	全民健康保險、勞工保險、農民保險、國民年金保險及其他社會保險	C003	政府資料中之辨識者：身分證號、護照號碼等
		C011	個人描述：年齡、性別、生日、出生地、國籍等
		C012	身體描述：身高、體重、血型等
042	兵役、替代役行政事務	C013	習慣：抽菸、喝酒等
058	社會服務或社會工作	C021	家庭情形：結婚有無、配偶姓名、子女人數等
063	非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用	C022	婚姻之歷史：前次婚姻或同居人之姓名等
		C034	旅行及其他遷徙細節：過去之遷徙、旅行細節等
064	保健醫療服務	C038	職業
084	捐供血服務	C040	意外或其他事故及有關情形
108	救護車服務	C066	健康與安全紀錄：職業疾病、安全、意外紀錄、急救資格、旅外急難救助資訊等。
156	衛生行政	C111	健康記錄：醫療報告、治療與診斷紀錄、檢驗結果等
159	學術研究	C112	性生活
182	其他諮詢與顧問服務	C131	書面文件之檢索