



Fair Oaks
Women's Health

Convenience • Caring • Cutting-Edge

病人资料表
PATIENT INFORMATION FORM

请花几分钟时间填写此表。有时候可能需要马上与您电话联系，所以请尽可能地完整填写。非常感谢。您提供的信息将会是完全保密的。
Please take a few minutes to complete this form. There may be times when it is urgent to contact you, so please try to be as complete & accurate as possible, especially with phone numbers. Thank you very much. All information provided is completely confidential.

今天日期 DATE: _____ [诊所用: HH Med Rec #] _____

姓 LAST NAME: _____ 名 FIRST NAME: _____

别名(例如英文名) PREFERRED NAME: _____

出生日期 DATE OF BIRTH: _____ 社会安全卡号 SSN: _____ 种族 RACE: _____

婚姻状况: 已婚M 单身S 离婚D 丧偶W 驾照号码 DRIV LIC: _____ 宗教 RELIGION: _____

国籍 ETHNICITY: _____

当地地址 ADDRESS: _____ (不可用邮政信箱)

城市 CITY: _____ 州 STATE: _____ 邮政编码 ZIP: _____

住家电话 HOME: _____ 工作电话 WORK: _____ 手机 CELL: _____

传真号码 FAX: _____ 电子邮箱 EMAIL: _____

惯用电话号码 PREFERRED #: 住家 H 工作 W 手机 C

您有工作吗 WORK? 有YES 无NO 如果有的话, 雇主 EMPLOYER: _____

雇主电话 PHONE: _____ 传真 FAX: _____

地址 ADDRESS: _____

城市 CITY: _____ 州 STATE: _____ 邮政编码 ZIP: _____

您的职业 OCCUPATION: _____

(如果您已婚, 我们需要您配偶的资料/ If you are married, we need your spouse's information)

配偶姓名 SPOUSE: _____ 出生日期 DATE OF BIRTH: _____

雇主 EMPLOYER: _____ 职称 OCCUPATION: _____

住家电话 HOME: _____ 工作电话 WORK: _____ 手机 CELL: _____

您是如何知道我们的? 网路WEB 朋友FRIEND 医院/医生 HOSPITAL/DOC 其他 OTHER: _____

您所使用的药局名 PHARMACY: _____

药局地址 ADDRESS: _____

城市 CITY: _____ 州 STATE: _____ 邮政编码 ZIP: _____

药局电话 PHONE: _____

我们是否有权使用电子处方软件导入您的用药史? Electronic Rx Hx? 同意 YES 不同意 NO _____

紧急联络资料 EMERGENCY CONTACT INFORMATION:

联系人姓名 CONTACT NAME: _____ 关系 RELATIONSHIP: _____

住家电话 HOME: _____ 工作电话 WORK: _____ 手机 CELL: _____

我们有权在您的语音信箱或电子邮箱内留下详细的消息吗 (如检验结果) Voice mail & Email ?

如同意请在下面签名 SIGNATURE: _____ 签署日期 DATE: _____