

附件 8

居民健康档案信息卡

(正面)

姓 名		性 别		出生日期	年 月 日
健康档案编号				□□□-□□□□□	
ABO 血型	□A □B □O □AB		RH 血型	□Rh 阴性 □Rh 阳性 □不详	
慢性病患者情况:					
<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脑卒中 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 职业病 <input type="checkbox"/> 其他疾病					
过敏史:					

(反面)

家庭住址		家庭电话	
紧急情况联系人		联系人电话	
建档机构名称		联系电话	
责任医生或护士		联系电话	
其他说明:			

填表说明:

1. 居民健康档案信息卡为正反两面, 根据居民信息如实填写, 应与健康档案对应项目的填写内容一致。

2. 过敏史: 过敏主要指青霉素、磺胺、链霉素过敏, 如有其他药物或食物等其他物质(如花粉、酒精、油漆等)过敏, 请写明过敏物质名称。