

個案資料

個案資料

案醫院內部編號

份證字號 *

名 *

日 *

已

別

 男 女 其他

子信箱

機

 不接收簡

絡電話

籍地址 *



訊地址

 同戶籍地址

址備註

身分類別

- A 時常心悸、心跳感覺悶悶
- E 牙齦腫脹
- F 拉肚子
- G 經常感到頭暈目眩
- H 皮膚出現紅疹發癢
- I 持續發燒超過三天
- J 夜間盜汗嚴重
- K 體重無故下降
- L 食慾不振噁心
- M 胸悶呼吸困難
- N 手腳冰冷麻痺
- O 關節紅腫疼痛
- P 肌肉痠痛無力
- Q 頭痛欲裂噁心
- R 視力模糊重影
- S 耳鳴聽力下降
- T 鼻塞流鼻水
- U 喉嚨痛吞嚥困難
- V 咳嗽有痰帶血
- W 心跳過快過慢
- X 血壓升高頭暈
- Y 血糖忽高忽低
- Z 頻尿尿急尿痛

申請家屬資料

姓名 *	身分證字號 *	生日	親屬關係 *	管理
------	---------	----	--------	----

<< < > >>

所屬體系醫院 *

屬體系醫院

屬服務據點

請日期

2026/03/20

庭責任醫師

個案認證

- 個案已知悉並同意智慧健康科技照護平台計畫，個人資料使用相關條款。
 - 個案已同意機構向中央健康保險署北區業務組申請「健康存摺」註冊。
 - 個案已同意資料與機構進行交換同步。
-