

## 个人基本信息表

姓 名:

编号□□□-□□□□□□

性 别	1 男 2 女 9 未说明的性别 0 未知的性别 <input type="checkbox"/>			出生日期	□□□□ □□ □□
身份证号			工作单位		
本人电话	联系人姓名			联系人电话	
常住类型	1 户籍 2 非户籍 <input type="checkbox"/>	民 族	01 汉族 99 少数民族_____ <input type="checkbox"/>		
血 型	1 A 型 2 B 型 3 O 型 4 AB 型 5 不详 / RH: 1 阴性 2 阳性 3 不详 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
文化程度	1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业学校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲或半文盲 10 不详 <input type="checkbox"/>				
职 业	0 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1 专业技术人员 2 办事人员和有关人员 3 商业、服务业人员 4 农、林、牧、渔、水利业生产人员 5 生产、运输设备操作人员及有关人员 6 军人 7 不便分类的其他从业人员 8 无职业 <input type="checkbox"/>				
婚姻状况	1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况 <input type="checkbox"/>				
医疗费用支付方式	1 城镇职工基本医疗保险 2 城镇居民基本医疗保险 3 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 4 贫困救助 5 商业医疗保险 6 全公费 7 全自费 8 其他_____				
药物过敏史	1 无 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
暴 露 史	1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
既往史	疾 病	1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤_____ 7 脑卒中 8 严重精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 其他法定传染病 12 职业病_____ 13 其他 _____ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月 <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月/ <input type="checkbox"/> 确诊时间 年 月			
	手 术	1 无 2 有: 名称① _____ 时间 _____ / 名称② _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
	外 伤	1 无 2 有: 名称① _____ 时间 _____ / 名称② _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
	输 血	1 无 2 有: 原因① _____ 时间 _____ / 原因② _____ 时间 _____ <input type="checkbox"/>			
家 族 史	父 亲	□/□/□/□/□/□_____	母 亲	□/□/□/□/□/□_____	
	兄 弟 姐 妹	□/□/□/□/□/□_____	子 女	□/□/□/□/□/□_____	
	1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤 7 脑卒中 8 严重精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 先天畸形 12 其他_____				
遗传病史	1 无 2 有: 疾病名称 _____ <input type="checkbox"/>				
残疾情况	1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6 智力残疾 7 精神残疾 8 其他残疾_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
生活环境*	厨房排风设施	1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱 <input type="checkbox"/>			
	燃料类型	1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他 <input type="checkbox"/>			
	饮水	1 自来水 2 经净化过滤的水 3 井水 4 河湖水 5 塘水 6 其他 <input type="checkbox"/>			

	厕所	1 卫生厕所 2 一格或二格粪池式 3 马桶 4 露天粪坑 5 简易棚厕	<input type="checkbox"/>
	禽畜栏	1 无 2 单设 3 室内 4 室外	<input type="checkbox"/>

