附件5

患者基本信息表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | | |  | | 出生日期 | | 贴照片 |
| 曾用名 |  | 民族 |  | 籍贯 | | |  | | 年 月 日 | |
| 入院时间 |  | | 住院号 | |  | | | | | |
| 出院时间 |  | | 门急诊号 | |  | | | | | |
| 联系方式 | 固定电话 手机号码 | | | | | | | | | | |
| 有无身份证 | 有□　 无□ | | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 现居住地址 |  | | | | 户籍地址 | | |  | | | |
| 联系亲友 | 亲友身份证号 | | | | 亲友联系电话 | | | | | 亲友联系地址 | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
|  |  | | | |  | | | | |  | |
| 来院方式 | 120□ 公安机关□ 家属亲友□ 自行前往□ 群众□ 其他医院□  其他□ | | | | | | | | | | |
| 收治医院 |  | | | | | | | | | | |
| 诊断 |  | | | | | | | | | | |
| 治疗简介： | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |